

Antikonception och aborter¹

Viveca Odling, Läkemedelsverket, Uppsala
Ian Milsom, Kvinnokliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Inledning

Denna översikt beskriver de olika preventivmetoderna, deras för- och nackdelar och i vilka situationer metoderna lämpar sig. Även ett kort avsnitt om aktuella metoder för abort ingår.

Preventivmetodernas effektivitet

När man beräknar en preventivmetods effektivitet används ofta ett index (Pearl Index, PI), som anger hur många graviditeter som inträffar/100 kvinnoår. I PI inkluderas metod- och användarfel. I Tabell 1 sammanfattas en skattning av olika metoders ungefärliga effektivitet vid "typisk användning" under första året, baserat på många olika studier, kännedom om verkningsmekanism och klinisk erfarenhet.

Hormonella preventivmetoder

Kombinerad hormonell antikonception

Kombinerade p-piller, liksom kombinerad vaginal ("p-ringen") eller transdermal ("p-plåstret") tillförsel av kontraceptiva hormoner, verkar genom att hämma ägglossningen och effektiviteten är i det närmaste 100-procentig, under förutsättning av korrekt användning.

Tabell 1. Effektivitet hos olika preventivmetoder, uttryckt som antal graviditeter/100 kvinnoår (PI) under första årets användning. Siffrorna visar det ungefärliga skattade värdet vid "typisk" användning.

Metod	Ungefärligt PI
Kombinerade hormonella metoder	0,5–1,5
Oralt mellandosgestagen	0,5–1,5
Oralt lågdosgestagen	2–6
Högdosgestagen för injektion	0,1–0,5
Subkutana implantat	0,1–1,0
Kopparspiral (kopparyta > 250 mm ²)	0,7–1,0
Hormonspiral	0,2–0,6
Kondom	3–14
Pessar	6–20
Naturlig familjeplanering	2–20
Laktationsamenorré	0,8–1,2
Sterilisering (kvinna/man)	0,1–0,5

Det mesta av kunskapen om positiva såväl som negativa hälsoeffekter och identifierade risker baseras på omkring 50 års erfarenhet av kombinerade p-piller. Eftersom ingående hormoner, doser och verkningsmekanism för den vaginala ("p-ringen") och transdermala ("p-plåstret") tillförseln är mycket likartade, kan dessa metoder förväntas ha likartade hälsoeffekter och risker som perorala p-piller.

1. Läkemedelsverket har kommit ut med en ny behandlingsrekommendation om antikonception, www.lakemedelsverket.se. Författarna håller på att uppdatera kapitlet.

Positiva hälsoeffekter

Användning av kombinerad hormonell anti-konception minskar risken för endometrie- och ovarialcancer till ungefär hälften. Ju längre användningstid desto större risk-minskning. Skyddet kvarstår även efter avslutad användning. Andra positiva effekter är minskad förekomst av dysmenorré, premenstruell spänning, benigna brösttumörer, funktionella ovarialcystor, rikliga menstruationsblödningar, järnbristanemi samt äggledarinflammation.

Biverkningar

Biverkningar i samband med användning av kombinerad hormonell antikonception är mycket vanliga och den främsta orsaken till att kvinnan slutar med metoden. Nedstämdhet, humörpåverkan, minskad libido, ökad aptit och viktökning anses bero på den gestagena komponenten medan illamående, spända bröst och ödem brukar hänföras till den östrogena komponenten. Huvudvärk och mellanblödningar är andra vanliga biverkningar.

Blödningsrubbnings

Kombinerad hormonell antikonception minskar blödningsmängden under den hormonfria veckan (bortfallsblödning) till ungefär hälften jämfört med en normal menstruation. Blödningar under pågående hormonperiod kan förekomma i form av småblödningar och då främst under de första månaderna eller som en menstruationsliknande blödning (s k genombrottsblödning).

Normal mens (och fertilitet) återkommer vanligen snabbt, inom 1–2 månader, efter utsättandet. Hos ca 1% av kvinnorna dröjer menstruationen > 6 månader. Kvinnans mensstörning kan ha funnits innan hon började med hormonell antikonception och beror sannolikt på andra faktorer, men har dolts under den tid hon använt kombinerad hormonell antikonception.

Blodtryck

En måttlig blodtrycksstegring ses hos ca 5%. Blodtrycksstegringen utvecklas långsamt under de första 3–9 månaderna och är oftast reversibel när användningen avslutas. Effekten på blodtrycket är dosberoende

och risken är låg med de moderna lågdoserade (maximalt 30 mikrog etinylöstradiol) produkterna. Blodtrycket bör alltid kontrolleras före insättande och med 1–2 års intervall under användning av kombinerad hormonell antikonception.

Djup ventrombos

Venös tromboembolisk sjukdom (VTE; djup ventrombos, lungemboli och cerebral trombos) är sällsynt hos unga kvinnor, men kvinnor som använder kombinerad hormonell antikonception har en högre risk än kvinnor som använder andra preventivmetoder. Risken för VTE anses vara beroende av östrogendosen. Epidemiologiska studier har visat att det, även med moderna lågdoserade p-piller, tycks föreligga en 2–4-faldig riskökning för VTE. Data saknas för p-ring och p-plåster, men kan antas vara i samma storleksordning. I absoluta tal har risken för VTE hos kvinnor som använder lågdoserade p-piller beräknats till 2–4 fall/10 000 användare. Risken för VTE under graviditet, förlossning och puerperium är förhöjd ca 10 gånger.

Vissa studier har visat att det tycks föreligga en något högre risk för VTE med p-piller som innehåller s k 3:e generationens gestagener (desogestrel, gestoden) jämfört med p-piller innehållande 2:a generationens gestagener (levonorgestrel, noretisteron, lynestrenol). Nyare studier tyder på att även p-piller innehållande gestagenet drospirenon medför en ökad risk för VTE jämfört med med p-piller som innehåller 2:a generationens gestagener. Ökad risk för VTE har framför allt visats hos kvinnor som använder p-piller för första gången. Av detta skäl rekommenderar Läkemedelsverket p-piller med levonorgestrel som förstahandsval vid nyförskrivning.

Eftersom biverkningsmönstret varierar mycket mellan olika kvinnor är det viktigt att ett brett och varierat urval av preparat finns tillgängligt för andrahandsval till kvinnor som inte mått bra på förstahandsvalet.

Kvinnor, som av något skäl har en ökad risk för VTE (Faktaruta 1, s 531 samt kapitlet Venös tromboembolism och medel mot trombos, avsnittet Östrogener och trombos, s 283), bör avrådas från att använda kombinerad hormonell antikonception.

Exempel på kontraindikationer mot användning av kombinerad hormonell antikonception

- Anamnes på djup ven- eller artärtrombos
- Hereditet för djup ventrombos (föräldrar, syskon)
- Känd koagulationsdefekt (hos kvinnan, föräldrar, syskon)
- Sjukdom i hjärtklaffarna som innebär ökad risk för trombos
- Migrän med fokala neurologiska symtom
- Anamnes på cerebrovaskulär- eller myokard-sjukdom
- Uttalade varicer, som kan innebära nedsatt venöst återflöde
- Övriga tillstånd, som kan predisponera för trombos, t ex omfattande kirurgi eller långvarig immobilisering
- Tidigare bröstcancer
- Akut intermittent porfyri
- SLE (Systemisk lupus erythematosus)

Inför större operativa ingrepp, som innebär immobilisering, bör man rekommendera ett uppehåll i användningen under 4–6 veckor före och efter operationen. Vid akut immobilisering, t ex vid benfraktur, bör kombinerad hormonell antikonception sättas ut och trombosprofylaktisk behandling övervägas. Se även kapitlet Venös tromboembolism och medel mot trombos, avsnittet Östrogener och trombos, s 283.

Hjärt-kärlsjukdom

Risken för hjärt-kärlsjukdom ökar med stigande ålder. Risken är också ökad vid förekomst av andra riskfaktorer såsom rökning, hypertoni, obesitas och diabetes. I äldre studier, baserade på högdoserade p-piller, har man rapporterat ökad risk för att dö av hjärtinfarkt hos kvinnor som är > 35 år, röker och använder p-piller. Senare studier har dock endast kunnat påvisa en marginell riskökning för hjärt-kärlsjukdom vid p-pilleranvändning hos friska kvinnor som inte röker, även i åldrar > 40 år. Det finns därför idag knappast någon anledning att avråda friska kvinnor > 40 år, som inte röker, från fortsatt användning av kombinerad hormonell antikonception pga ökad hjärtrisk.

Bröstcancer

När det gäller sambandet mellan kombinerad hormonell antikonception och premenopausal bröstcancer har man i vissa studier inte funnit någon riskökning, medan man i andra studier funnit en lätt till måttligt förhöjd risk. En omfattande genomgång (1996) av materialet från samtliga då publicerade studier över sambandet mellan p-piller och bröstcancer visade att risken för premenopausal bröstcancer var lätt förhöjd under pågående användning och att risken för bröstcancer inte påverkades av lång användningstid. Senare genomgångar (2006, 2013) har bekräftat att det föreligger en lätt förhöjd risk för premenopausal bröstcancer, som tycks vara mest uttalad om p-pilleranvändningen skett under längre tid före första barnets födelse (1,2).

Uppgifter om risken för kvinnor med en stark ärftlighet för bröstcancer är sparsamma och medger inte någon säker slutsats. Det finns inga belägg för att risken för bröstcancer efter postmenopausal hormonbehandling med östrogen-gestagen påverkas av en tidigare p-pilleranvändning. Se även kapitlet Sjukdomar i bröstkörteln, avsnittet Maligna brösttumörer, s 574.

Cervixcancer

Risken för cervixcancer tycks öka med ökande tid av p-pilleranvändning, vilket kan tyda på att kombinerad hormonell antikonception kan underlätta att infektion med HPV leder till utveckling av allvarliga cellförändringar och cancer. Användning av kombinerad hormonell antikonception samvarierar med en rad faktorer, som också ökar risken för cervixcancer, t ex tidig samlagsdebut, flera partners och sexuellt överförbar infektion, varför fortsatt övervakning med gynekologisk cellprovstagning rekommenderas.

Läkemedelsinteraktioner

Rifampicin och vissa antiepileptika liksom naturläkemedel som innehåller johannesört kan stimulera nedbrytningen av både den gestagena och östrogena komponenten, vilket kan medföra en försvagad effekt. Den snabbare nedbrytningen kan ge upphov till mellanblödningar, och enstaka fall av graviditet, sannolikt uppkommen genom sådan

interaktion, har rapporterats (för rekommendationer, se nedan).

En del hiv-läkemedel och även vissa andra läkemedel som tas under längre tid tycks kunna interagera med hormonell antikonception. Inför förskrivning av hormonell antikonception är det viktigt att söka information i respektive läkemedels produktresumé. Aktivt kol minskar kraftigt absorptionen av perorala steroider och minskar därför också effektiviteten av p-pillar.

Få data tyder på att användning av bredspektrumantibiotika leder till minskade plasmakoncentrationer eller nedsatt effektivitet av hormonell antikonception, men sådan behandling bör möjligen föranleda extra information om betydelsen av regelbundet tablettintag.

Studier har visat att plasmanivåerna av epilepsiläkemedlet lamotrigin påverkas av samtidig användning av hormonell antikonception (se kapitlet Epilepsi, avsnittet Kvinnor, s 976).

Allmänna råd

Innan kombinerad hormonell antikonception rekommenderas ska man ta upp en noggrann allmän och gynekologisk anamnes, mäta blodtryck och vikt samt oftast göra en gynekologisk undersökning. Kontroll kan därefter lämpligen ske med 1–2 års intervall. Uppföljning bör fokusera på förekomst av (eller oro för) biverkningar samt eventuella svårigheter att använda aktuellt preparat korrekt. Den rent medicinska uppföljningen kan hos friska kvinnor ofta inskränkas till kontroll av blodtryck och vikt.

Som förstahandspreparat bör ett oralt preparat väljas. Om en högre dos önskas, t ex på grund av risk för läkemedelsinteraktion, kan man överväga att ge ett monofasiskt preparat som ges utan tablettuppehåll under t ex 3 månader. Därigenom elimineras den period där risken för ovulation är som störst (tablettfria veckan).

De flesta kvinnor kan använda kombinerad hormonell antikonception utan risk för allvarliga biverkningar. Kontraindikationer och tillstånd som kräver skärpt uppmärksamhet framgår av Faktaruta 1, s 531 och Faktaruta 2.

Tillstånd som kräver speciell uppmärksamhet

Risk måste vägas mot nytta och alternativa preventivmetoder bör diskuteras. I många fall kan kombinerad hormonell antikonception användas, men kvinnan kan behöva kontrolleras speciellt t ex vid:

- hyperlipidemi
- hypertoni
- obesitas
- diabetes mellitus
- epilepsi
- kronisk leversjukdom
- rökning hos kvinnor > 35 år
- migrän
- mensstörningar, t ex oligomenorré och amenorré, hos kvinnor som inte varit gravida.

Råd vid blödningsproblem

Om små mellanblödningar uppträder under användning av kombinerad hormonell antikonception bör klamydiainfektion och andra sjukdomar i cervix uteslutas. Betydelsen av regelbundet tablettintag bör betonas (dvs 1 tablett ungefär var 24:e timme). Om inte blödningarna försvinner spontant, kan man byta till ett mer östrogendominerat preparat. Vid mensliknande blödning under pågående behandling (genombrottsblödning) kan det vara lämpligt att sluta med medicineringen och börja på en ny behandlingscykel en vecka senare.

Vid kvarstående blödningsproblem bör byte till icke-hormonell preventivmetod övervägas. Om blödningen helt uteblir bör graviditet uteslutas.

Gestagenpreparat

Gestagenpreparat, som ges kontinuerligt, utvecklades för att erbjuda en hormonell antikonceptionsmetod utan de risker som är förbundna med den östrogena komponenten. Idag finns lågdoserade (s k minipiller) och mellandoserade (tabletter, implanterat) samt högdoserade (för injektion) gestagenpreparat.

Verkningsmekanism

Verkningsmekanismen för gestagenpreparat är dosberoende. Lågdoserade gestagener (minipiller) förhindrar graviditet genom effekter på cervixsekretet och endometriet och

har endast begränsad effekt på ägglossningen hos de flesta kvinnor. Mellandoserade gestagenpreparat verkar genom ovulationshämmning, vilket sannolikt innebär bättre graviditetsskydd och, för den perorala metoden, något större "glömskemarginal" jämfört med klassiska minipiller. Högdoserat gestagen (för injektion; Depo-Provera) ger en kraftig hämning av ägglossningen.

Biverkningar

De biverkningar som ibland förekommer är bröstspänningar, akne, viktuppgång, huvudvärk samt humörpåverkan. Gestagenpreparaten ger endast obetydliga effekter på lipidmetabolismen och på blodtrycket. Användning av gestagenpreparat tycks inte öka risken för djup ventrombos. Lång tids användning av högdosgestagen har visat sig ge sänkt benmineralinnehåll (BMD), vilket sannolikt sammanhänger med en dosberoende hämning av ovariets östrogenproduktion. Med övriga gestagenpreparat bedöms risken för benförlust som marginell eftersom endogen östrogenproduktion bibehålls på en högre nivå med dessa preparat.

På grund av effekterna på benmassan rekommenderas inte högdosgestagen till yngre kvinnor (< 19 år) eftersom dessa kvinnor möjligen annars inte kan uppnå förväntad "peak bone mass". Normalisering av BMD har dock setts efter utsättning.

Blödningsmönster

Gemensamt för alla gestagenmetoder är att blödningsmönstret påverkas så att oregelbundna och/eller långdragna blödningscykler och amenorré förekommer. Med lågdosgestagen anges att ca en tredjedel av kvinnorna får blödningsstörningar. Med mellan- och högdosgestagen går det inte att förutse blödningsmönstret och därför bör information om rubbat/oregelbundet blödningsmönster ges till alla.

Om amenorré uppkommer hos användare av perorala metoder bör graviditet uteslutas eftersom effektiviteten är beroende av följsamheten. Om graviditet uteslutits kan behandlingen fortsätta.

Med högdosgestagen förekommer ofta oregelbundna blödningscykler initialt men med längre tids användning blir endometriet

tunt och efter 1 år är ca hälften av kvinnorna helt utan blödningscykler.

Noggrann information och rådgivning angående blödningsmönstret är avgörande för acceptansen av dessa metoder. Blödnings-schema kan vara till god hjälp vid information och rådgivning. Vid kvarstående blödningsproblem rekommenderas byte till kombinerad hormonell antikonception eller till annan preventivmetod.

Intrauterint gestagen

Hormonspiral

Hormonspiralen (Mirena) frisätter 20 mikrog levonorgestrel/dygn, vilket ger en lokal gestageneffekt på endometriet och cervixsekretet, men obetydliga effekter på ovarialfunktionen och andra organsystem. Verkningsmekanismen är en försvärad passage genom cervix och ett utvecklat endometrium som omöjliggör spermiepassage, befruktning och implantation. Hormonspiralen ger en hög säkerhet under 5 år.

På grund av den uttalade gestageneffekten på endometriet blir menstruationerna mycket sparsamma och kan så småningom försvinna helt. Hormonspiralen är därför också en utmärkt behandling mot riklig menstruation, där organisk orsak utesluts. Under de första 3–6 behandlingsmånaderna är småblödningscykler vanligt förekommande. Efter uttag av hormonspiralen återkommer normal menstruation och fertilitet snabbt. På grund av den låga dosen är hormonella biverkningar ovanliga, men i början av behandlingen kan humörpåverkan, bröstspänningar och lindrig akne uppträda hos vissa kvinnor.

Kopparspiral

En kopparspirals effektivitet är beroende av kopparmängden och endast spiraler med stor kopparyta (> 300 mm²) rekommenderas. Kopparspiraler med höga kopparmängder (380 mm²) har de lägsta rapporterade graviditetstalen av alla moderna kopparspiraler (0,7–1 graviditeter/100 kvinnoår) under 10 års användning. Övriga kopparspiraler har en kumulativ graviditetsfrekvens på 1–4 graviditeter/100 kvinnoår och rapporterad användningstid på 3–5 år.

Kontraindikationer för insättning av kopparspiral

- Graviditet
- Pågående genital infektion
- Känd uterusmissbildning
- Odiagnostiserad uterusblödning

Försiktighet vid användning av en kopparspiral

- Koagulationsrubbningar
- Rikliga menstruationsblödningar
- Större myom
- Salpingit och/eller ektopisk graviditet i anamnesen hos kvinnor som önskar fler barn
- Ökad risk för sexuellt överförda sjukdomar

För kontraindikationer se Faktaruta 3, s 534.

Verkningsmekanism

En spiral i uterus ger upphov till en lokal steril inflammatorisk reaktion i endometriet, som försvårar spermiepenetration och därmed befruktning. Koppartillsatsen ger dessutom en spermietoxisk effekt. Dessutom försvåras sannolikt implantationen om en befruktning skulle ha ägt rum. Flera studier tyder på att den huvudsakliga verkningsmekanismen för en kopparspiral är att förhindra befruktning.

Biverkningar – komplikationer

De vanligaste problemen för dem som använder kopparspiral är en ökad blödningsmängd, smärta och utstötning av spiralen.

Blödningsrubbningar och smärta

Spiralanvändning leder som regel till en kraftigare och mer långvarig menstruation än normalt. Behandling med tranexamsyra, 1–1,5 gram 3–4 gånger/dygn under de första dygna så länge menses är mycket riklig, kan reducera blödningsmängden. Blödningar mellan menstruationerna kan däremot vanligen inte diagnostiseras eller behandlas utan att spiralen tas ut. Mensvärk hos spiralanvändare kan ofta behandlas med analgetika av typen NSAID. Om krampliknande smärtor i nedre delen av buken förekommer utanför mensperioden bör uttag övervägas, speciellt hos kvinnor som inte varit gravida.

Utsättning och perforation

Utsättning förekommer hos ca 5% under första året och sker vanligen i samband med menstruationen. Frekvensen är bl a beroende av kvinnans ålder och paritet, när och hur insättningen skett och eventuellt av spiraltyp. Kvinnor som inte fött barn har den högsta utsättningsfrekvensen.

Perforation av livmodern förekommer i en frekvens av ca 1/1 000 insättningar och inträffar som regel vid insättningen, framför allt om insättning sker under puerperiet. En perforation ger sällan några dramatiska symtom och förblir därför initialt ofta odiagnostiserad. Om spiraltrådarna inte syns vid undersökning kan ultraljud eller röntgen som regel fastställa spiralens läge.

Salpingit

Spiralanvändning orsakar inte salpingit, men erbjuder heller inte något skydd mot att en infektion i vagina eller cervix sprider sig uppåt. Risken att insjukna i salpingit är därför något större hos kvinnor med spiral än hos andra. Risken för uppåttigande infektion är störst i samband med insättning. Risken för salpingit tycks vara kopplad till sådana faktorer som ökar risken för nedre genitala infektioner, t ex partnerbyten. Hos en kvinna som lever i en stabil monogam relation föreligger sannolikt ingen ökad risk för salpingit.

Missfall och extrauterin graviditet

Blir kvinnan gravid med spiral på plats, är risken för missfall eller prematur förlösning ökad. Denna risk reduceras om spiralen tas ut så snart graviditeten konstaterats.

Flera undersökningar har visat att spiral ger en bättre skyddseffekt mot intrauterin än mot ektopisk implantation av ägget. Den absoluta risken för ektopisk graviditet hos kvinnor med spiral är emellertid kraftigt reducerad och tidigare extrauterin graviditet utgör ingen kontraindikation mot användning av högeffektiva spiraler, inklusive hormonspiral.

Insättning och kontroll

Koppar- och hormonspiral kan rekommenderas till kvinnor utan risk för genitala infektioner, vilka önskar en långverkande me-

tod. Även kvinnor som inte varit gravida kan rekommenderas spiral om risk inte föreligger för genitala infektioner. Det finns hittills begränsad kunskap vad gäller effektivitet och biverkningar vid användning av koppar- och hormonspiral bland mycket unga kvinnor (< 18–20 år).

Inför spiralsättning bör en noggrann gynekologisk undersökning göras och pågående infektion uteslutas. I regel är det bäst att sätta in spiralen under de första dagarna efter menstruationens slut. Insättningen kan dock även ske under andra faser av menstruationscykeln, om kvinnan är säker på att hon inte är gravid. Lämplig tidpunkt för insättning är också i anslutning till kirurgisk abort eller vid första menstruationen efter medicinsk abort. En kopparspiral kan sättas in tidigast 8–12 veckor efter en förlossning.

Kvinnan bör erbjudas kontroll inom 1–3 månader, när risken för komplikationer är störst, och därefter vid behov.

Barriärmetoder

Barriärmetoder (spermiedödande medel, kondom och pessari i kombination med kemiskt medel) har fördelen att de även utgör ett visst skydd mot sexuellt överförbara infektioner (STI). Nackdelarna utgörs främst av en lägre effektivitet i jämförelse med hormonella och intrauterina metoder. Kemiska medel ger hos vissa irritation av hud och slemhinnor och det förekommer allergi mot gummi.

Effektiviteten för barriärmetoder är mycket varierande och beroende av användaren (se Tabell 1, s 529). Flera undersökningar har emellertid visat att hos välmotiverade par och hos kvinnor > 35–40 år skiljer sig effektiviteten vid kondomanvändning föga från dem som vanligen anges för kopparspiral och hormonella metoder.

Kondom intar en särställning eftersom det är det enda preventivmedlet som mannen kan använda.

Naturliga metoder

Naturliga metoder bygger på att man identifierar den fertila perioden genom mätning av kroppstemperaturen och/eller

Akutpreventivmedel

- Tillförsel av gestagen, levonorgestrel 1,5 mg. Tabletten ska tas så snart som möjligt men inom 72 timmar efter det oskyddade samlaget.
- Tillförsel av antiprogesteron, ulipristal 30 mg. Tabletten ska tas så snart som möjligt men inom 120 timmar efter det oskyddade samlaget.
- Insättning av en kopparspiral inom 5 dygn efter det oskyddade samlaget.

undersökningar av sekretet i slidan och undviker samlag under de fertila dagarna. Det finns modern datorutrustning för att, med hjälp av lagrade data på basaltemperatur och upprepade urinprov, identifiera icke-fertila respektive fertila dagar under menstruationscykeln. En sådan metod har i test visat sig ge en effektivitet på ca 6 graviditeter/100 kvinnoår. Metoden fungerar bäst vid regelbunden mens och kan vara svår att använda effektivt hos kvinnor med långa eller oregelbundna menscykler.

En annan naturlig metod är laktationsamenorré (LAM). Den innebär att en kvinna som ammar fullt, inte har fått tillbaka sin menstruation och är mindre än 6 månader efter sin förlossning har en risk för graviditet som ligger på ca 1,5%, dvs i samma nivå som mycket säkra preventivmetoder.

Akutpreventivmedel

Risken för graviditet efter ett enstaka oskyddat samlag varierar kraftigt med tidpunkten i menstruationscykeln, men har beräknats till knappt 20% dagarna strax före ägglossningen.

Receptfritt akutpreventivmedel (akut-piller) bestående av 1,5 mg levonorgestrel i engångsdos ska tas så snart som möjligt men inte senare än 72 timmar efter ett oskyddat samlag (Faktaruta 4). Verkningsmekanismen är en hämning/förskjutning av ovulationen, varvid fertilisering förhindras.

Sedan 2009 finns ett akut-piller, som förskrivs på recept och som består av 30 mg ulipristal i engångsdos. Ulipristal är ett antiprogesteron och verkar i första hand genom att hämma/förskjuta ägglossningen

men ger också en viss påverkan på endometriets utveckling. Akut-p-piller med ulipristal ger ett gott skydd mot graviditet om det tas inom 120 timmar efter ett oskyddat samlag.

Akut-p-piller kan förhindra 60–90% av graviditeter som skulle ha inträffat om inget skydd använts, beroende på hur snart efter det oskyddade samlaget som metoden använts. Akut-p-piller kan inte avbryta eller skada en redan etablerad graviditet. Biverkningar förekommer såsom illamående, huvudvärk, bröstspänningar och störningar i den följande menstruationscykeln med en för tidig eller försenad blödning.

Att sätta in en kopparspiral inom 5 dagar efter ett oskyddat samlag ger ett högt skydd (0,5–1% graviditetsrisk). Fördelen med denna metod är att den ger en fortsatt varaktig antikonception. Kontraindikationerna är desamma som för spiralanvändning i allmänhet.

Preventivmedelsrådgivning

Tillsammans med kvinnan (paret) kartläggs eventuella kontraindikationer för tänkbara preventivmetoder och kvinnans reproduktiva situation vägs in.

Tidigare egen erfarenhet av olika preventivmetoder är givetvis en viktig faktor vid metodval. Olika metoders effektivitet är beroende av kvinnans ålder och livssituation. Se också Faktaruta 5 och Tabell 2, s 537.

Om det finns ett högt krav på effektivitet och/eller mycket starka önskemål beträffande en icke koitusrelaterad metod, blir kombinerade p-piller, oralt mellandosgestagen eller koppar- eller hormonspiral rimliga alternativ. Som andrahandsmetod kan gestagenpreparat för implantation eller injektion övervägas. Sterilisering är en irreversibel preventivmetod som bör diskuteras om en definitiv metod är ett uttalat önskemål.

Vid låg koitusfrekvens eller i en situation där en graviditet endast önskas uppskjuten, kan barriärmetoder vara att föredra, eventuellt med tillgång till akut-p-piller vid behov.

Kvinnor med regelbunden mens kan genom att tillämpa ”säkra” perioder i kombination med barriärmetoder uppnå en god effektivitet.

Checklista vid preventivmedelsrådgivning

Anamnes

- Tidigare erfarenhet av p-medel?
- Tidigare graviditeter?
- Menstruationsanamnes
- Relation/livssituation?
- Kontraindikationer?

Undersökning

- Gynekologisk undersökning?
- Blodtryck vid p-pillerförskrivning
- Vikt vid hormonell antikonception
- Eventuellt cytologprov, klamydiaprov

Preventivmedel till yngre

Efter det att menstruationscykeln etablerats, dvs efter 3–4 menstruationer, kan hormonell antikonception förskrivas utan risk att för framtiden störa den reproduktiva förmågan eller påverka fortsatt längdtillväxt.

- Kombinerade p-piller blir ofta förstahandsval till unga kvinnor med behov av säker antikonception. Som förstahandsval vid nyförskrivning rekommenderas ett monofasiskt preparat med levonorgestrel, se Djup ventrombos, s 530. Vid biverkningar kan andra preparat övervägas.
- Gestagenmetoder kan fungera väl, men ger ibland bekymmer i form av oregelbundna blödningar som unga kvinnor kan ha svårt att acceptera. God rådgivning och stöd är här speciellt viktigt.
- Spiral är sällan förstahandsval till de allra yngsta, pga ökad risk för biverkningar och möjligen sämre effektivitet än vad som angetts för äldre kvinnor.
- Pessar kan accepteras av vissa unga kvinnor, men metoden kräver en mycket noggrann instruktion och kontroll på mottagningen så att kvinnan verkligen kan sätta in och använda pessaret på rätt sätt.
- Användning av kondom bör uppmuntras, speciellt om det finns risk för STI (sexu-

Tabell 2. Olika preventivmetoder – Kostnad för användaren, utan rabatter (Källa www.apoteket.se, april 2013)

Metod	Schabloniserad kostnad för 1 år (100 koitus)
Depo-Provera	420 kr
Kombinerade p-piller	220–1 305kr
NuvaRing	1 235 kr
Evra plåster	1 100 kr
Perorala gestagener	415–860 kr
Implantatmetoder	350 kr
Mirena	215 kr
Kopparspiral	0 ^a
Pessar	650 kr ^b
Kondom	310–1 820 kr ^c
Avbrutet samlag	0
Persona teststickor	1 860 kr ^d
”Naturlig födelsekontroll”	0

- a. Kopparspiral är kostnadsfri för patienten.
b. Pessar är kostnadsfritt om det utlämnas vid rådgivning. Spermicid kräm finns som Nonoxynol APL vaginalgel 2%. Kostnaden är för 2 förpackningar spermiedödande medel (hållbarhet 6 månader) + doseringsspruta.
c. Den högre kostnaden avser plastkondom (latexfri).
d. Teststickor för identifiering av icke-fertila dagar (8 teststickor/månad). Monitor tillkommer.

ellt överförd infektion), som ett komplement till t ex p-piller.

Puerperium och amningstid

Under de första 6 månaderna efter en förlossning är risken för graviditet mycket liten hos kvinnor som ammar fullt och som har kvarstående laktationsamenoré.

Så länge amningen pågår bör kombinerad hormonell antikonception undvikas, då de ingående hormonerna både kan minska mjölkproduktionen och överföras till bröstmjölken. Om hormonell antikonception ändå föredras kan lågdosgestagen (minipiller), som ger en mycket låg hormonkoncentration i bröstmjölken, rekommenderas.

Spiral, både kopparspiral och hormonspiral, är ofta en lämplig metod till kvinnor som fött barn. Insättning av spiral bör, speciellt under amningsperioden, göras av vana insättare, tidigast 8–12 veckor efter förlossningen.

Kvinnor över 40 år

Alla preventivmetoder har i kliniska studier visat en mycket hög effektivitet hos kvinnor > 40 år. Preventivmedel rekommenderas till ca 6 månader efter sista menstruationen.

Ofta blir koppar- eller hormonspiral eller barriärmetod förstahandsval i denna åldersgrupp. En kopparspiral bör tas ut ca 6 månader efter sista menstruationen.

Hormonspiral är ofta en bra metod för denna åldersgrupp – menstruationen minskar och hormonspiralen kan även användas om kvinnan får klimakteriebesvär och önskar substitutionsbehandling med östrogen.

Nyare epidemiologiska studier tyder på att de tidigare rapporterna om risk för hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor > 40 år som använt p-piller har varit överskattade. Riskerna har hängt samman med tidigare sjukdomar och rökvanor. Idag kan man därför, oberoende av ålder, rekommendera fortsatt användning av kombinerad hormonell antikonception till friska kvinnor som inte röker om kvinnan så önskar.

Aborter

Det finns många olika skäl till att en kvinna eller ett par önskar avbryta en graviditet. Oavsett vad som ligger bakom är abortbeslutet för kvinnan nästan alltid smärtsamt och svårt. Trots detta framgår av abortstatistiken att åtminstone 1 av 3 abortsökande kvinnor har gjort minst en tidigare abort.

Världshälsoorganisationen har uppskattat att det görs 30–40 miljoner inducerade aborter i världen varje år. Av dessa görs minst hälften illegalt i länder där abort är förbjuden. Speciellt de fattigaste kvinnorna i de fattigaste länderna är hänvisade till riskabla abortingrepp med en betydande morbiditet och mortalitet.

I Sverige är abort tillåten i lag, om kvinnan begär åtgärden ”före utgången av 18:e graviditetsveckan”. Därefter får abort utföras endast om Socialstyrelsen lämnar tillstånd och för att få ett sådant tillstånd måste det föreligga ”synnerliga skäl”. En nämnd vid Socialstyrelsens Rättsliga Råd beslutar i varje enskilt fall utifrån det bakgrundsmaterial som ett läkarintyg och en

kuratorsutredning utgör. Abort får inte utföras om fostret kan antas vara livsdugligt.

Varje år utförs i Sverige 30 000–38 000 aborter, de allra flesta (ca 94%) före 12:e veckan. Endast ca 0,6% av samtliga aborter utförs efter utgången av 18:e veckan. Under första halvåret 2011 gjordes 21 aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Allra flest aborter gjordes i åldersgruppen 20–24 år (Socialstyrelsens statistik).

Omhändertagande och uppföljning

Inför en abort tar gynekologen en noggrann anamnes och gör en gynekologisk undersökning, och oftast ett ultraljud, för att exakt fastställa graviditetslängden. Detta ligger till grund för val av abortmetod.

För att minska risken för komplikationer brukar man utesluta pågående genital infektion. Blodgruppering görs för att kvinnor, som tillhör blodgrupp Rh-, ska kunna få anti-D-profylax i samband med ingreppet.

Alla kvinnor/par som söker abort bör erbjudas kuratorskontakt för psykosocialt stöd. Många studier har visat att kvinnor som gör abort har haft problem att tolerera olika preventivmetoder. En kvinna som genomgår en abort behöver därför speciellt omsorgsfull rådgivning om preventivmedel i samband med och efter aborten. Det är vidare viktigt att ge möjlighet till återbesök efter en abort, för uppföljning av eventuella problem och komplikationer och för att följa upp preventivmedelsrådgivningen.

Preventivmedel efter abort

Efter medicinsk abort i 1:a trimestern kan koppar- eller hormonspiral sättas in direkt efter första menssen, som brukar komma 4–6 veckor efter aborten. Hormonella metoder kan påbörjas direkt (dag 1–4) efter en medicinsk abort.

Koppar- och hormonspiral kan sättas in i samband med kirurgisk abort utan att komplikationsrisken efter abort förändras. Kombinerad hormonell antikonception, gestagentabletter, liksom implantations- och injektionspreparat kan lämpligen ges med start operationsdagen eller 1–2 dagar efter ingreppet.

Abortmetoder

Abortmetoden väljs med utgångspunkt från aktuell graviditetslängd och kvinnans önskemål.

Farmakologisk

abortmetod (graviditetsvecka 5–9)

Genom att tillföra ett läkemedel som binder till progesteronreceptorn (mifepriston) kan man i graviditeter, som är högst 9 veckor, åstadkomma en lokal progesteronbrist och därigenom framkalla ett missfall. För att graviditeten ska stötas ut fullständigt måste behandlingen med antiprogesteron följas upp inom 2 dygn av en behandling med uteruskontraherande medel, vanligen vaginalt prostaglandin (gemeprost, misoprostol). Med denna abortmetod kan man åstadkomma komplett abort i 97% av fallen. Cirka 2% av aborterna blir inkompleta och kvinnan kan då behöva genomgå en skrapning. Hos 1% misslyckas behandlingen och graviditeten måste då avbrytas med vakuumaspiration.

Komplikationsfrekvensen är låg och behandling med mifepriston tolereras ofta väl. Prostaglandinbehandlingen innebär dock ofta smärtor och illamående, vilket gör att kvinnan under några timmar kan ha behov av smärtlindring, vilket kan ske med t ex diklofenak eller paracetamol.

Kirurgisk

abortmetod (graviditetsvecka 6–13)

Under de första 13 veckorna av graviditeten kan abort göras som en vakuumaspiration, vilket innebär en mekanisk dilatation av cervix, varefter kaviteten töms med en vakuumsug. Det kan vara lämpligt att underlätta dilatationen genom förbehandling av cervix med vaginalt prostaglandin (misoprostol, gemeprost) 3 timmar före ingreppet eller med oralt mifepriston 36–48 timmar före ingreppet eller med uppmjukande stift, som förs in i cervix några timmar före ingreppet.

Med förbehandling av cervix kan vakuumaspiration utföras t o m graviditetsvecka 13. Vakuumaspiration kan göras i paracervikalblockad, i kombination med lugnande medel, eller i narkos.

De vanligaste komplikationerna till en abort är infektion, blödning eller ofullständig tömning av uterus och förekommer i ca 5% av fallen. Allvarlig komplikation med

skada på uterus eller omkringliggande organ är mycket sällsynt. Nedsatt fertilitet hos kvinnor som tidigare gjort abort har inte kunnat påvisas i epidemiologiska studier. I sällsynta fall av mycket svår infektion efter abort kan emellertid tubarskada uppstå.

Sena aborter

Med ökande graviditetslängd blir det allt svårare att åstadkomma en tömning av uterus med vakuumaspiration. Efter vecka 13–14 rekommenderas metoder som innebär framkallande av ett värkarbete, som leder till utstötning av fostret. Idag används oftast upprepad tillförsel av prostaglandinanalogue (vaginal gemeprost, vaginal misoprostol eller peroralt misoprostol) 24–48 timmar efter förbehandling med mifepriston (600 mg). Denna kombinerade medicinska abortmetod innebär en snabb och skonsam induktion av ett värkarbete. Under behandlingen med prostaglandin bör patienten vara inlagd på vårdavdelning. Vårdtiden är sällan > 1 dygn. Patienten har stort behov av både smärtlindring och psykologiskt stöd.

Referenser

1. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:1290–302.
2. Gierisch JM, Coeytaux RR, Peragallo Urrutia R, Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013 Sep 6. [Epub ahead of print].

För vidare läsning

3. Familjeplanering: Preventivmetoder, aborter och rådgivning. Bygdeman M, Milsom I, Odland V. Studentlitteratur AB. 2008. ISBN 9144040105.
4. Antikonception – Behandlingsrekommendation 2005¹. Läkemedelsverket. www.lakemedelsverket.se
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of indi-

dual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies.

Lancet. 1996;347:1713–27.

6. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009;339: b2890.
7. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception.* 2007;75:344–54.
8. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001–9. *BMJ.* 2011;343:d6423.

1. Uppdatering av behandlingsrekommendationen planeras under hösten 2013.