

Antikonception och aborter

Viveca Odling, Uppsala

Ian Milsom, Kvinnokliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

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. Innehållet i kapitlet baseras till stora delar på Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation om antikonception från 2014 (1).

Preventivmetoders effektivitet

Med en preventivmetods effektivitet avses hur väl den skyddar mot graviditet. Effektivitet ska inte blandas ihop med en preventivmetods säkerhet, vilket beskriver dess risker och biverkningar. I Tabell 1 beskrivs olika metoders effektivitet som Pearl Index, det vill säga graviditeter per 100 kvinnoår. Perfekt användning innebär att metoden alltid används korrekt och konsekvent. I verkligheten varierar dock användningen mycket beroende på bland annat kvinnans ålder, motivation och upplevelse av bieffekter. Effektiviteten vid ”typisk” användning kan därför vara betydligt sämre för sådana metoder som kräver användarmedverkan och den troliga orsaken är sporadisk och/eller felaktig användning.

Tabell 1. Pearl Index (graviditeter per 100 kvinnoår) för olika preventivmetoder under första året. För användarberoende metoder anges både PI vid perfekt användning och uppskattad andel graviditeter (%) vid ”typisk” användning (1).

Metod	PI (vid perfekt användning)	% graviditeter (vid typisk användning)
Ingen metod	85	85
Manlig sterilisering	0,10	0,15
Kvinlig sterilisering	0,5	0,5
Hormonspiral (större)	0,2	0,2
Kopparspiral ($\geq 300 \text{ m}^2$)	0,6	0,8
Kombinerade p-piller	0,3	9
P-plåster	0,3	9
P-ring	0,3	9
P-spruta	0,2	6
P-stav	0,05	0,05
Mellanpiller (gestagen)	0,3	9
Minipiller (gestagen)	1,1	> 9
Pessar och spermiedödande gel	6	12
Spermicider	18	40
Manlig kondom	2	18
Avbrutet samlag	4	22
Naturlig familjeplanering	3	24

Andelen graviditeter (%) under första året vid så kallad typisk användning av olika preventivmetoder har estimerats från uppgifter till National Surveillance of Family Growth. Data kommer alltså från USA eftersom motsvarande data från Sverige och Europa saknas.

Hormonella preventivmetoder

Kombinerad hormonell antikonception

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

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 kombinerade p-piller.

Positiva hälsoeffekter

Användning av kombinerad hormonell antikonception minskar risken för endometrie- och ovarialcancer till ungefär hälften. Ju längre användningstid desto mindre blir risken. 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, nedsatt 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 (så kallad genomblödnings).

Normal mens (och fertilitet) återkommer vanligen snabbt, inom 1–2 månader, efter utsättandet. Hos cirka 1 % av kvinnorna dröjer menstruationen > 6 månader. Kvinnans menstruationsstörning 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 cirka 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 produkterna (maximalt 30 mikrogram etinylöstradiol). 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 löper en högre risk än kvinnor som använder andra preventivmetoder.

Den europeiska läkemedelsmyndighetens säkerhetskommitté utvärderade 2013 risken för VTE vid användning av kombinerad hormonell antikonception, www.lakemedelsverket.se (2). Man konkluderade att nyttan med kombinerad hormonell antikonception för att förhindra graviditet överväger risken för VTE. Etiologiskt anses VTE-risken sammanhänga med den östrogena komponenten, men storleken på risken varierar mellan olika preparat beroende på vilket gestagen som ingår.

Incidensen av VTE i samband med kombinerad hormonell antikonception har rapporterats till 5–12 per 10 000 kvinnor och år. Den lägsta incidensen – mellan 5 och 7 fall av VTE per 10 000 kvinnor och år – har rapporterats för kombinerad hormonell antikonception som innehåller gestagenerna levonorgestrel, norgestimät eller noretisteron, medan kombinerad hormonell antikonception med gestagenerna desogestrel eller drospirenon medför en något högre risk (9–12 fall av VTE per 10 000 kvinnor och år).

Hos kvinnor som inte använder kombinerad hormonell antikonception och inte är gravida beräknas att 2 fall av VTE inträffar per 10 000 kvinnor och år. Risken för VTE under graviditet, förlösning och puerperium är förhöjd 10–100 gånger.

Risken för VTE är störst hos nya användare under det första året och allra högst under de första 3 månaderna. Även efter ett uppehåll i användningen återkommer en förhöjd risk vid omstart.

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

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, till exempel 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.

Faktaruta 1. 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 en ökad risk för trombos
- Migrän med fokala neurologiska symtom
- Anamnes på cerebrovaskulär- eller myokardsjukdom
- Uttalade varicer, som kan innebära nedsatt venöst återflöde
- Övriga tillstånd, som kan predisponera för trombos, till exempel omfattande kirurgi eller långvarig immobilisering
- Tidigare bröstcancer
- Akut intermittent porfyri
- SLE (Systemisk lupus erythematosus)

Hjärt-kärlsjukdom

Risken för hjärt-kärlsjukdom och stroke är mycket låg hos kvinnor i fertil ålder men ökar med åldern. Risken är ökad vid förekomst av riskfaktorer som rökning, hypertoni, obesitas och diabetes. Studier med moderna lågdoserade p-piller tyder endast på en liten riskökning för hjärt-kärlsjukdom och stroke vid p-pilleranvändning hos friska kvinnor som inte röker, även i åldrar > 40 år. Friska kvinnor > 40 år som inte röker, kan därför fortsätta att använda kombinerad hormonell antikonception, medan kvinnor med någon riskfaktor bör avrådas från fortsatt användning.

Bröstcancer

Användning av kombinerad hormonell antikonception ger en liten men statistiskt säkerställd riskökning för bröstcancer under pågående behandling. I en systematisk översikt kunde 23 studier inkluderas i en metaanalys av risken för bröstcancer hos p-pilleranvändare. De inkluderade studierna omfattar också ”tredje generationens” p-piller. Sammantaget fann man en liten men statistiskt signifikant riskökning under pågående användning (OR 1,08; 1,00–1,17). Inget samband kunde ses mellan duration av användning och bröstcancerrikt (OR 0,95; 0,83–1,09). Den ökade risken avtog med tid efter avslutad behandling och var tillbaka på grundnivån efter 10–20 år. Kvinnor med känd bröstcancer löper ökad risk att drabbas av bröstcancer, men det är inte klarlagt om hormonell antikonception påverkar den underliggande risken. Eftersom den absolu-

ta risken för en ung kvinna att drabbas av bröstcancer till följd av kombinerad hormonell antikonception är mycket liten, bedöms nyttan överväga risken, oavsett förekomst av ärftlighet för bröstcancer. Se även kapitlet Sjukdomar i bröstkörteln, avsnittet Maligna brösttumörer .

Cervixcancer

Risken för cervixcancer tycks öka med ökande tid av p-pilleranvändning, vilket tyder 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, till exempel 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 leda till snabbare nedbrytning 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 Allmänna råd).

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/Fass-text. Aktivt kol minskar kraftigt absorptionen av perorala steroider och minskar därför också effektiviteten av p-piller.

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 epilepsiläkemedlen lamotrigin och valproat påverkas av samtidig användning av hormonell antikonception, se www.lakemedelsverket.se (1) samt kapitlet Epilepsi, avsnittet Kvinnor.

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.

De flesta kvinnor kan använda kombinerad hormonell antikonception utan risk för allvarliga biverkningar. Vid önskemål om kombinerad hormonell antikonception rekommenderar Läke-medelsverket som förstahandsval vid nyförskrivning ett monofasiskt preparat med levonorgestrel, noretisteron eller norgestim. Eftersom biverkningsmönstret varierar mycket är det viktigt att ett brett urval av olika preparat finns tillgängligt för andrahandsval till kvinnor som inte mått bra på förstahandsvalet. Om en högre dos önskas, till exempel på grund av risk för läkemedelsinteraktion, kan man överväga att ge ett monofasiskt preparat utan tablettupphåll under till exempel 3 månader. Därigenom elimineras den period då risken för ovulation är som störst (den tablettfria veckan). Kontraindikationer och tillstånd som kräver skärpt uppmärksamhet framgår av Faktaruta 1 och Faktaruta 2.

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, bland annat vid:

- hyperlipidemi
- hypertoni
- obesitas
- diabetes mellitus
- epilepsi
- kronisk leversjukdom
- rökning hos kvinnor > 35 år
- migrän
- mensstörningar, till exempel 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 (det vill säga 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 den risk för speciellt VTE som anses vara kopplad till den östrogena komponenten. Idag finns lågdoserade (minipiller) och mellandoserade (mellanpiller, implantat) 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 mellanpiller en 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. Med undantag för högdosgestagen för injektion, där resultat från studier är osäkra, tycks användning av gestagenpreparat inte öka risken för VTE. 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 blödningar och amenorré förekommer. Med lågdosgestagen – minipiller – anges att cirka en tredjedel av kvinnorna får blödningsstörningar. Med mellan- och högdosgestagen får alla ett oförutsägbart blödningsmönster, som kan variera mycket mellan individer.

Om amenorré uppkommer hos användare av perorala metoder (minipiller, mellanpiller) bör graviditet uteslutas eftersom effektiviteten är beroende av följsamheten. Om graviditet utesluts kan behandlingen fortsätta.

Med högdosgestagen förekommer ofta oregelbundna blödningar initialt men med längre tids användning blir endometriet tunt och efter 1 år är omkring hälften av kvinnorna helt utan blödning.

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

Glömd tablett, plåster eller ring

Alla hormonella metoder förutsätter korrekt och konsekvent användning för bibehållen hög effektivitet. Det innebär regelbundet tablettintag och ingen förlängning av uppehållet mellan behandlingscyklerna. Varje preparats produktresumé/Fass-text eller bipacksedel innehåller information om glömska. Vid glömska, speciellt om den innebär en förlängning av det hormonfria uppehållet till mer än sju dagar, rekommenderas kondom under den närmaste veckan. Om ett oskyddat samlag skett under ett glömskeuppehåll, rekommenderas akutpreventivmedel.

Intrauterin antikonception

Hormon- och kopparspiraler

Det finns numera två olika hormonspiraler: en större för 5 års användning och en mindre för 3 års användning. Hormonspiraler frisätter levonorgestrel intrauterint, vilket ger en lokal gestageneffekt på endometriet och på cervixsekretet, men obetydliga effekter på ovarialfunktionen och andra organsystem. Verkningsmekanismen är en försvårad passage genom cervix och ett outvecklat endometrium som omöjliggör spermiepassage, befruktning och implantation.

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.

En kopparspirals effektivitet är beroende av kopparmängden och endast spiraler med stor kopparyta ($> 300 \text{ mm}^2$) rekommenderas. Kopparspiraler med höga kopparmängder (380 mm^2) har de lägsta rapporterade graviditetstalen av alla moderna kopparspiraler (0,7–1 graviditeter per 100 kvinnoår). Övriga kopparspiraler har en kumulativ graviditetsfrekvens på 1–4 graviditeter per 100 kvinnoår vid rapporterad användningstid om 3–5 år. För kontraindikationer se Faktaruta 3.

En kopparspiral i uterus ger upphov till en lokal steril inflammatorisk reaktion i endometriet, som försvårar spermiepenetration och därmed befruktning samtidigt som kopparspiralsatsen ger 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.

Faktaruta 3. Kontraindikationer för insättning av kopparspiral

Kontraindikationer

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

Försiktighet vid användning av kopparspiral iaktas vid

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

Blödningrubbningar och smärta

Med hormonspiral blir menstruationerna mycket sparsamma på grund av den uttalade gestagena effekten på endometriet och kan så småningom försvinna helt. Även mensvärk har rapporterats minska. Den större hormonspiralen är också en utmärkt behandling mot riklig menstruation, där organisk orsak utesluts.

Under de första 3–6 behandlingsmånaderna med hormonspiral är småblödningar vanligt förekommande. Efter uttag av hormonspiralen återkommer normal menstruation och fertilitet snabbt.

Kopparspiral användning 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 dyggen 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 förekommer i nedre delen av buken utanför mensperioden bör uttag övervägas, speciellt hos kvinnor som inte varit gravida.

Utstötning och perforation

Både hormon- och kopparspiral kan stötas ut. Utstötning förekommer hos cirka 5 % under första året och sker vanligen i samband med menstruationen. Frekvensen är bland annat beroende av kvinnans ålder och paritet, när och hur insättningen skett. Kvinnor som inte fött barn har den högsta utstötningsfrekvensen.

Utstötning av en hormonspiral leder som regel till återkomst av ”normala” menstruationer medan kvarstående mycket sparsamma menstruationer talar för att hormonspiralen är intrauterint belägen.

Perforation av livmodern kan förekomma med både hormon- och kopparspiral i en frekvens av cirka 1/1 000 insättningar och inträffar som regel vid insättningen. Risken för perforation är högre om insättning sker under amningsperioden. En perforation ger sällan några dramatiska symtom och kan därför initialt förbli odiagnostiserad. Om spiraltrådarna inte kan påträffas vid undersökning kan ultraljud eller röntgen som regel fastställa spiralens läge.

Bäckeninflammation

Spiral användning orsakar inte bäckeninflammation, men speciellt kopparspiral erbjuder inte heller något skydd mot att en infektion i vagina eller cervix sprider sig uppåt. Risken för uppåtgående infektion är störst i samband med insättning och tycks vara kopplad till sådana faktorer som ökar risken för nedre genitala infektioner, till exempel partnerbyten.

Missfall och extrauterin graviditet

Blir kvinnan gravid med kopparspiral på plats, är risken för missfall eller prematur förlossning ökad. Denna risk reduceras om spiralen tas ut så snart graviditet konstaterats. Vid graviditet med hormonspiral bör ektopisk graviditet uteslutas.

Insättning och kontroll

Koppar- och hormonspiral kan rekommenderas till de flesta kvinnor som önskar en långverkande effektiv preventivmetod, även till kvinnor som inte varit gravida. Det finns hittills begränsad kunskap vad gäller effektivitet och biverkningar vid användning av koppar- och hormonspiral bland mycket unga kvinnor (< 18 år).

Inför spiralinsättning 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 ungefär 1 vecka efter medicinsk abort.

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). Flera undersökningar har emellertid visat att hos välmotiverade par och hos kvinnor äldre än 35–40 år skiljer sig effektiviteten vid kondom användning föga från dem som vanligen anges för kopparspiral och hormonella metoder.

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

Naturliga metoder

Naturliga metoder bygger på att man identifierar den fertila perioden genom mätning av kroppstemperaturen och/eller undersökningar av sekretet i vagina och undviker samlag under de fertila dagarna. Det finns modern datorutrustning för att, med hjälp av lagrade data på basalttemperaturen och upprepade urinprov, identifiera icke-fertila respektive fertila dagar under menstruationscykeln. En sådan metod har i test visat sig ge en effektivitet på cirka 6 graviditeter per 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 laktationsamenorrhé (LAM). Den innebär att en kvinna som ammar fullt, inte har fått tillbaka sin menstruation och är mindre än 6 månader efter sin förlossning, löper en risk för graviditet som ligger på ungefär 1,5 %, det vill säga på 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-p-piller) som innehåller 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 hämning/förskjutning av ovulationen, varvid fertilisering förhindras.

Det finns även ett receptfritt akut-p-piller som innehåller 30 mg ulipristal och ges i engångsdos. Preparatet var receptbelagt fram till april 2015. 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 50–85 % av de graviditeter som skulle ha inträffat om inget skydd använts, beroende på hur snart efter det oskyddade samlaget som akut-p-pillret tagits. Akut-p-piller kan inte avbryta eller skada en redan etablerad graviditet. Biverkningar förekommer, som illamående, huvudvärk, bröstspänningar och störningar i den följande menstruationscykeln med en för tidig eller försenad blödning.

Även om vissa studier tyder på sämre effekt vid högre vikt/BMI, finns knappast stöd för att avråda kvinnor med högre BMI från användning av akut-p-piller.

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.

Faktaruta 4. 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 kopparspiral inom 5 dygn efter det oskyddade samlaget.

Preventivmedelsrådgivning

Tillsammans med kvinnan (paret) kartläggs eventuella riskfaktorer eller kontraindikationer för tänkbara preventivmetoder och kvinnans önskemål och 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.

Om det finns krav på hög effektivitet och/eller önskemål om en icke koitusrelaterad metod, blir kombinerade p-piller, mellanpiller eller koppar- eller hormonspiral rimliga alternativ. Även gestagenpreparat för implantation eller injektion kan 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 man endast önskar uppskjuta en graviditet, 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.

Tabell 2. Olika preventivmetoder – Kostnad för användaren, utan rabatter (Källa: www.apoteket.se, mars 2015)

Metod	Schabloniserad kostnad för 1 år (100 koitus)
Depo-Provera	380 kr
Kombinerade p-piller	215–1 410 kr
NuvaRing	1 355 kr
Evra plåster	1 100 kr
Perorala gestagener	435–860 kr
Implantatmetoder	325 kr
Mirena	200 kr
Kopparspiral	0 ^a
Pessar	650 kr ^b
Kondom	325–1 985 kr ^c
Avbrutet samlag	0
Persona teststickor	2 220 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.

Faktaruta 5. Checklista vid preventivmedels-rådgivning

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

Unga kvinnor behöver högeffektiva preventivmetoder eftersom deras fertilitet är hög. De har ofta svårare att använda metoder som är beroende av en regelbunden livsstil och dagligt komihåg, till exempel p-piller, jämfört med äldre kvinnor. Alla preventivmetoder kan användas och valet av metod bör baseras på kvinnans önskemål och eventuell förekomst av riskfaktorer.

Risken för STI är högre i denna grupp, vilket bör beaktas vid rådgivning och uppföljning. Infektionsscreening rekommenderas frikostigt och kondomanvändning bör uppmuntras som tillägg till annan metod.

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

- Kombinerade p-piller önskas ofta av unga kvinnor med behov av säker antikonception. Som förstahandsval vid nyförskrivning rekommenderas ett monofasiskt preparat med levonorgestrel, noretisteron eller norgestim (se Djup ventrombos). Vid biverkningar kan andra preparat övervägas.
- Gestagenmetoder kan fungera väl även om de ibland ger besvär med oregelbundna blödningar, något som unga kvinnor kan ha svårt att acceptera. P-stav kan vara ett alternativ. Minipiller är inte förstahandsalternativ i denna högfertila åldersgrupp på grund av lägre effektivitet och högre krav på noggrant och regelbundet intag. God rådgivning och stöd är här speciellt viktigt. P-spruta rekommenderas inte till kvinnor yngre än 19 år på grund av risk för påverkan på benmassan.
- Hormon- eller kopparspiral är långverkande reversibla metoder som kan rekommenderas till yngre kvinnor, även till dem som inte varit gravida. Erfarenheten av spiralanvändning är fortfarande begränsad bland de allra yngsta (tonåringar), men spiral kan efter individuell bedömning vara ett alternativ.
- 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.

Preventivmedel efter förlossning och amning

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

Inga negativa hälsoeffekter på barnet eller påverkan på bröstmjölkens kvalitet har påvisats när modern använt olika former av hormonell antikonception under amningen. Kombinerad hormonell antikonception bör dock undvikas de första 6–8 veckorna efter en förlossning på grund av VTE-risken. Om hormonell antikonception önskas kan gestagen (minipiller eller mellanpiller) rekommenderas.

Koppar- eller hormonspiral är ofta lämpliga metoder till kvinnor som fött barn. Vid insättning av spiral under amningsperioden bör den ökade perforationsrisken beaktas.

Preventivmedel till kvinnor över 40 år

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

Epidemiologiska studier tyder på att tidigare rapporter om risk för hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor över 40 år som använt kombinerade p-piller har varit överskattade och hängt samman med 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. Däremot avråds från nyförskrivning av kombinerad hormonell antikonception efter 40 år.

En koppar- eller hormonspiral bör tas ut inom 1 år efter menopaus. Hormonspiral är ofta en bra metod för denna åldersgrupp – menstruationen minskar och den större hormonspiralen kan även användas efter menopaus (totalt upp till 5 år) om kvinnan får klimakteriebesvär och önskar substitutionsbehandling med östrogen.

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 (3, 4).

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 35 000–38 000 aborter, de allra flesta (drygt 90 %) före 12:e veckan. Endast cirka 1 % av samtliga aborter utförs efter utgången av 18:e veckan. Under 2012 gjordes knappt 21 aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Allra flesta aborter gjordes i åldersgruppen 20–24 år (Socialstyrelsens statistik).

Omhändertagande och uppföljning

Inför en abort tar gynekologen eller barnmorskan en noggrann anamnes och gör en gynekologisk undersökning, och oftast ett ultraljud, för att 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 ska erbjudas kuratorskontakt för psykosocialt stöd. Många studier har visat att kvinnor som gör abort har haft problem att tolerera olika preventivmetoder. Omsorgsfull rådgivning om preventivmedel ska ges i samband med abortrådgivningen eftersom motivationen att påbörja en preventivmetod då är hög. Det är vidare viktigt att ge möjlighet till återbesök efter en abort, för uppföljning av eventuella problem och framför allt för att följa upp preventivmedelsanvändningen.

Preventivmedel efter abort

Eftersom ovulationen kan återkomma så tidigt som 8–10 dagar efter en abort bör hormonella metoder påbörjas direkt (dag 1–4), oavsett abortmetod.

Efter en medicinsk abort kan koppar- eller hormonspiral sättas in 1 vecka efter aborten eller efter första menssen, som brukar komma 4–6 veckor efter aborten.

Koppar- eller hormonspiral kan sättas in i samband med kirurgisk abort utan att komplikationsrisken efter aborten förändras.

Abortmetoder

Abortmetod väljs med utgångspunkt från aktuell graviditetslängd och kvinnans önskemål.

Tidiga aborter (före graviditetsvecka 13)

Farmakologisk abortmetod (graviditetsvecka 5–9)

Genom att tillföra ett läkemedel som binder till progesteronreceptorn (mifepriston) kan man i graviditeter, som är högst 9 veckor gångna, 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 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 till exempel diklofenak eller paracetamol.

Kirurgisk abortmetod (graviditetsvecka 6–13)

Under de första 13 veckorna av graviditeten kan abort göras med 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 eller oralt prostaglandin 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 till och med 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 cirka 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 graviditetstidslängd blir det allt svårare att åstadkomma en tömning av uterus med vakuumaspiration. Efter vecka 13–14 rekommenderas metoder som innebär framkallande av ett värkarbete och leder till utstötning av fostret. Idag används oftast upprepad tillförsel av prostaglandinanalogue (vaginalt gemeprost, vaginalt misoprostol eller peroralt misoprostol) 24–48 timmar efter förbehandling med mifepriston. 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. Antikonception – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2014;25(2):14–28. www.lakemedelsverket.se
2. Läkemedelsverket, 2013. Nyttan med kombinerade p-piller överväger risken även efter ny utredning. www.lakemedelsverket.se
3. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health system. 2nd edition. World Health Organization (WHO); 2012. ISBN 978-92-4-154843-4. www.who.int
4. SFOG. Inducerad abort. Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgrupper (ARG) rapportserie; 2006. Rapport nr 54. www.sfog.se

© Läkemedelsverket | Senast ändrad: 2016-10-11 10:41