

# Antikonception och aborter

Viveca Odland, Uppsala Universitet och Läkemedelsverket, Uppsala  
Ian Milsom, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

## Inledning

Rådgivarens roll är att med sin kunskap bidra till att för varje enskild individ hitta den bästa preventivmetoden. Rådgivningen måste vara individualiserad och anpassad till olika livssituationer, vilket kräver goda kunskaper hos rådgivaren och en lyhördhet för individens/parets önskemål.

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

## Kombinerad hormonell antikonception

Kombinerade p-piller, liksom kombinerad vaginal ("p-ringen") eller transdermal ("p-plåstret") tillförsel av kontraktiva hormoner, verkar genom att hämma ägglossning och effektiviteten är i det närmaste 100-

**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 <sup>2</sup> )	0,7–1,0
Hormonspiral	0,2–0,6
Kondom	3–14
Pessar	6–20
Naturlig familjeplanering	2–20
Laktationsamenorrhé	0,8–1,2
Sterilisering (kvinna/man)	0,1–0,5

procentig, under förutsättning av korrekt användning.

Det mesta av kunskapen om positiva såväl som negativa hälsoeffekter och identifierade risker baseras på mer än 40 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 p-piller.

### 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

Lätta, ofta övergående biverkningar i samband med användning av kombinerad hormonell antikonception är vanliga och den främsta orsaken till att kvinnan slutar med metoden. Illamående, spända bröst och ödem brukar hänföras till den östrogena komponenten, medan ökad aptit, viktökning, trötthet, nedstämdhet, humörpåverkan, minskad libido, fett hår och benkramp-er, främst anses bero på den gestagena komponenten.

### Blödningsrubbningsar

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 (mellanblödningar) eller som en menstruationsliknande blödning (s k genombrottsblödning).

Normal mens och fertilitet återkommer vanligen inom 1–2 månader efter utsättandet. Hos ca 1% av patienterna dröjer menstruationen > 6 månader. Vanligen har patientens mensstörning 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 metoderna. 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. 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. Risken för VTE under graviditet, förlossning och puerperium är ca 10 gånger förhöjd. I absoluta tal har risken för VTE hos kvinnor som använder lågdoserade p-piller beräknats till 2–4 fall/10 000 användare.

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). Ökad risk för VTE har framför allt visats hos kvinnor som använder p-piller för första gången. Av detta skäl rekommenderar Läkemedelsverket lågdoserade 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 sitt första val.

Kvinnor, som av något skäl har en ökad risk för VTE (Faktaruta 1, s 481), 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, t ex vid benfrakturer, bör kombinerad hormonell antikonception sättas ut och trombosprofylaktisk behandling övervägas. Se även ka-

pitlet Venös tromboembolism och medel mot trombos, s 214.

### Hjärtkärlsjukdom

Risken för hjärtkärlsjukdom 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 från bl a England 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 hjärtkärlsjukdom 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.

### Bröstcancer

När det gäller sambandet mellan kombinerad hormonell antikonception och premenopausal bröstcancer är resultaten av epidemiologiska studier motsägelsefulla. Man har i vissa studier inte funnit någon riskökning, medan man i andra studier funnit en måttligt förhöjd risk för premenopausal bröstcancer efter mycket lång tids (8–12 år) användning av p-piller. 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, tvärt emot flera tidigare analyser, att risken för bröstcancer inte påverkades av lång användningstid.

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 substitutionsbehandling påverkas av en tidigare p-pilleranvändning. Se även kapitlet Sjukdomar i bröstkörteln, s 520.

### 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 (se kapitlet Epilepsi, s 878) 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). Aktivt kol minskar kraftigt absorptionen av perorala steroider och minskar därför också effektiviteten av p-piller. Några vetenskapliga data, som talar för att en interaktion mellan antibiotika av bredspektrumtyp och kombinerad hormonell antikonception har klinisk betydelse, finns inte. Studier har också visat att plasmanivåerna av epilepsiläkemedlet lamotrigin påverkas av samtidig användning av hormonell antikonception (se kapitlet Epilepsi, s 878).

### Allmänna råd

Innan kombinerad hormonell antikonception rekommenderas, ska man ta upp en noggrann allmän och gynekologisk anamnes, mäta blodtrycket och 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 preparatet korrekt och den rent medicinska uppföljningen kan hos friska kvinnor ofta inskränkas till kontroll av blodtryck och vikt.

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

**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)

De flesta kvinnor kan använda kombinerad hormonell antikonception utan risk. Kontraindikationer och tillstånd som kräver skärpt uppmärksamhet framgår av Fakturata 1 och 2.

**Råd vid blödningsproblem**

Om små mellanblödningar uppträder under användning av kombinerad hormonell antikonception bör klamydiainfektion och andra sjukdomar i cervix uteslutas. Regelbundet tablettintag bör poängteras (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

**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

är förbundna med den östrogena komponenten. Idag finns lågdoserade (s k minipiller) och mellandoserade (tabletter, implanterat) och högdoserade (gestagen 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 orala 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. Lång tids användning av högdosgestagen har visat sig ge sänkt benmineralinnehåll (BMD), vilket sannolikt sammanhänger med en dosberoende hämning av ovariets östrogenproduktion. Eftersom östrogenpro-

duktionen bibehålls på en högre nivå med övriga gestagenpreparat är risken för benförlust marginell med dessa preparat.

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

### Blödningsmönster

Gemensamt för alla gestagenmetoder är att blödningsmönstret påverkas och oregelbundna och/eller långdragna blödningar och amenorré förekommer. Med lågdosgestagen anges att ca 1/3 av kvinnorna får blödningsstörningar. Blödningsmönstret går inte att förutse med mellan- och högdosgestagen och oregelbundet blödningsmönster är att förvänta.

Om amenorré uppkommer hos användare av orala metoder bör graviditet uteslutas, eftersom effektiviteten är beroende av compliance. Om graviditet uteslutits kan behandlingen fortsätta.

Med högdosgestagen förekommer initialt oregelbundna blödningar. Med längre tids användning blir endometriet tunt och efter 1 år är ca hälften av kvinnorna helt utan mens.

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

Hormonspiralen (Mirena, tidigare benämnd Levonova) frisätter 20 mikrog levonorgestrel/dygn, vilket ger en påtaglig lokal gestageneffekt på endometriet och cervixsekretet, men inga eller obetydliga effekter på ovarialfunktionen och andra organsystem. Verkningsmekanismen är en försvårad passage genom cervix och ett utvecklade endometrium, som omöjliggör spermiepassage och implantation. Mirena ger en hög säkerhet under 5 år. Risken för ektopisk graviditet är mycket låg, varför

Mirena även kan användas av kvinnor som tidigare haft ektopisk graviditet.

På grund av den uttalade gestagena effekten på endometriet blir menstruationerna mycket sparsamma och kan så småningom försvinna helt. Mirena är därför också en utmärkt behandling mot menorrhagi, där organisk orsak till riklig menstruation uteslutits. Under de första 3–6 behandlingsmånaderna är dock småblödningar vanligt förekommande. Efter uttag av spiralen 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 enstaka kvinnor.

Mirena rekommenderas på samma grunder som kopparspiral, dvs till kvinnor utan risk för STD/salpingit. Erfarenheten är ännu liten vad gäller användning av Mirena hos kvinnor som inte fött barn.

### Övriga intrauterina preventivmedel (IUP, spiral)

Alla i Sverige tillgängliga spiraler utom Mirena (se ovan) är av plast med en tillsats av koppar. En kopparspirals effektivitet är beroende av kopparmängden och endast spiraler med stor kopparyta (> 300 mm<sup>2</sup>) rekommenderas. Den högre kopparmängden (380 mm<sup>2</sup>) hos Gyne-T 380 kan förklara varför denna spiral 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 ca 1–4 graviditeter/100 kvinnoår och rapporterad användningstid på 3–5 år.

### Verkningsmekanism

En spiral i uterus ger upphov till en lokal steril inflammatorisk reaktion i endometriet, vilket 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.

### Blödningsrubbnings och smärta

Spiral användning leder som regel till en kraftigare och mer långvarig menstruation än normalt. Behandling med tranexamsyra kan reducera blödningsmängden. Blödningar mellan menstruationerna kan däremot vanligen inte diagnostiseras eller behandlas utan att spiralen tas ut. Mensvärk hos spiral användare 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

Spiral användning 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 uppåtstigande 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.

### Kontraindikationer för användning av kopparspiral

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

### Försiktighet vid användning av en kopparspiral

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

### Missfall och extrauterin graviditet

Blir kvinnan gravid med spiral på plats, är risken för missfall eller prematur förlossning 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.

### Insättning och kontroll

I regel är det bäst att sätta in spiralen under de första dagarna efter menstruationens slut. Insättningen kan dock ske även under andra faser av menstruationscykeln, om kvinnan är säker på att hon inte är gravid. Lämplig tidpunkt för insättning är också i anslutning till en abort eller vid kontroll efter förlossning, om > 8 veckor passerat sedan förlossningen ägde rum. Kvinnan bör kontrolleras inom 1–3 månader, när risken för komplikationer är störst, och därefter vid behov.

### Postkoital antikonception (PCA) "Akutpreventivmedel"

Risken för graviditet efter ett enstaka samlag varierar kraftigt med tidpunkten i menstruationscykeln, men har beräknats till

**Akutpreventivmedel – Metoder  
för postkoital antikonception i Sverige**

- Tillförsel av enbart gestagen, 1,5 mg levonorgestrel. Tabletten ska tas så snart som möjligt efter det oskyddade samlaget.
- Insättning av en kopparspiral inom 5 dygn efter det oskyddade samlaget

knappt 20% dagarna strax före ägglossningen. Postkoital antikonception (PCA) bör rekommenderas frikostigt, även om det oskyddade samlaget skett på andra dagar i menstruationscykeln än just runt förmodad ägglossning.

Två metoder för PCA finns, dels tabletter (akut p-piller), dels insättning av kopparspiral.

Som akut p-piller används en engångsdos på 1,5 mg levonorgestrel, som kan köpas receptfritt på apotek. Tabletten ska tas så snart som möjligt efter ett oskyddat samlag, men ett visst skydd kvarstår upp till 72 timmar. Verkningsmekanismen är en hämning/förskjutning av ovulationen, varvid fertilisering förhindras. Akut p-piller kan inte avbryta eller skada en redan etablerad graviditet och kan därmed inte likställas med abort. Effektiviteten är 60–95%, beroende på hur snart efter det oskyddade samlaget som metoden använts. Biverkningar förekommer, såsom illamående, bröstspänningar och störningar i den följande menstruationscykeln med en för tidig eller förseiad blödning.

Behandlingen bör följas upp inom 2–3 veckor för att utvärdera resultatet och för att ge preventivmedelsrådgivning.

Insättning av kopparspiral inom 5 dagar efter ett oskyddat samlag ger ett högt skydd (ca 0,5–1% graviditetsrisk). Fördelen med denna PCA-metod är att den ger en fortsatt varaktig antikonception. Kontraindikationerna är desamma som för spiralanvändning i allmänhet och detta är således oftast inte en lämplig metod efter t ex våldtäkt.

### Barriärmetoder

Barriärmetoder (spermiedödande medel, kondom och pessar i kombination med kemiskt medel) har fördelen att de även utgör

ett visst skydd mot sexuellt överförbara infektioner. 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 är mycket varierande och beroende av användaren (se Tabell 1, s 478). Flera undersökningar har emellertid visat att, hos välmotiverade par och hos kvinnor > 35–40 år, ligger effektiviteten vid kombinationsbehandling på värden som föga skiljer sig från dem som vanligen anges för kopparspiral och p-piller.

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

Den något lägre effektiviteten hos enbart kemiskt medel innebär, att denna metod främst bör användas då graviditetsrisken av andra skäl är låg. Kombinerad användning av kondom och kemiskt medel kan då avsevärt öka säkerheten.

### Naturliga metoder

Naturliga metoder bygger på att man identifierar den fertila perioden genom mätning av kroppstemperaturen och/eller undersökningar av sekretet i slidan och undviker samlag under de fertila dagarna. Det finns numera modern datorutrustning för att, med hjälp av lagrade data på basaltemperaturen och upprepade urinprov, identifiera icke-fertila respektive fertila dagar under menstruationscykeln. En sådan metod (Persona) 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), som 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.

## Preventivmedelsrådgivning

Tillsammans med kvinnan (paret) kartläggs eventuella kontraindikationer för tänkbara preventivmetoder och kvinnans reproduktiva situation vägs in – fysiologiska och patologiska förhållanden rörande reproduktion, sexualvanor, sannolik frukt-samhet samt önskad kontraseptiv säkerhet.

Tidigare egen erfarenhet av olika preventivmetoder är givetvis en viktig faktor vid metodval. Olika metoders effektivitet är beroende av kvinnans ålder och livssituation.

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

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

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

### Preventivmedel till yngre

Efter det att menstruationscykeln etablerats, kan hormonell antikonception förskrivas utan risk att för framtiden störa den reproduktiva förmågan eller påverka fortsatt längdtillväxt.

- Lågdoserade kombinerade p-piller blir ofta förstahandsval till unga kvinnor med behov av säker antikonception. Som förstahandsval vid nyförskrivning rekommenderas ett monofasiskt preparat med levonorgestrel. 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.

### 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

- Spiral är sällan förstahandsval, pga ökad risk för biverkningar och en sämre effektivitet än vad som anges 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 STD, 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 laktationsamenorrhé.

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.

**Tabell 2. Olika preventivmetoder – Kostnad för användaren, utan rabatter (Källa Apoteket AB, februari 2009)**

Metod	Schabloniserad kostnad för 1 år (100 koitus)
Depo-Provera	420 kr
Kombinerade p-piller	250–800 kr
NuvaRing	1 260 kr
Evra plåster	1 060 kr
Perorala gestagener	580–670 kr
Implantatmetoder	225–350 kr
Mirena	215 kr
Kopparspiral	0 <sup>a</sup>
Pessar	340 kr <sup>b</sup>
Kondom	330–1 460 kr <sup>c</sup>
Avbrutet samlag	0
Persona teststickor	1 800 kr <sup>d</sup>
”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%.  
 c. Den högre kostnaden avser plastkondom (latexfri).  
 d. Teststickor för identifiering av icke-fertila dagar (8 teststickor/månad). Monitor tillkommer.

### Kvinnor över 40 år

Alla preventivmetoder har i kliniska studier visat en mycket hög säkerhet 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, insatt efter 40 års ålder, behöver i regel inte bytas ut om den fungerar bra och kvinnan önskar fortsatt antikonception. Den bör dock tas ut ca 6 månader efter sista menstruationen.

Hormonspiral bör däremot bytas vart 5:e år. Hormonspiral är ofta en bra metod för denna åldersgrupp – menstruationen minskar och hormonspiralen kan även sitta kvar om kvinnan får klimakteriebesvär och önskar substitutionsbehandling med östrogen.

Nyare epidemiologiska studier tyder på att de tidigare rapporterna om risk för hjärtkärlsjukdom hos kvinnor > 40 år som använder p-piller, har varit överskattade. Riskerna har hängt samman med tidigare

sjukdomar och rökvanor. Idag kan man därför, oberoende av åldern, rekommendera fortsatt användning av kombinerad hormonell antikonception till friska kvinnor som inte röker.

### 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 bland 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” (dvs 18 veckor + 0 dagar). Därefter får abort utföras endast om Socialstyrelsen lämnar tillstånd och för att få 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 2007 gjordes 21 aborter/1 000 kvinnor i fertilitetsålder. De flesta aborterna görs på kvinnor i åldrarna 15–25 år.

### Omhändertagande och uppföljning

Inför en abort tar gynekologen en noggrann anamnes och gör en gynekologisk undersökning, eventuellt med ultraljud, för att exakt fastställa graviditetens längden. Detta ligger till grund för val av abortmetod.

För att minska risken för komplikationer brukar man utesluta pågående genital infektion. Blodgruppering görs för att kvin-

nor, 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 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 spiral 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, gestagen-tabletter, 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 (63 dagar), 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 har behov av smärtlindring.

#### **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. Om kvinnan är 0-para eller om graviditeten är  $\geq 10$  veckor, kan det vara lämpligt att underlätta dilatationen genom förbehandling av cervix med vaginalt prostaglandin (misoprostol, gemeprost) eller med uppmjukande stift (Laminaria, Lamicel, Dilapan), 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 sällsynta fall är mycket svår infektion efter abort kan emellertid tubarskada uppstå.

#### **Tvåstegsaborter**

##### **(efter graviditetsvecka 13)**

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 prostaglandin-analog (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 inläggande på vårdavdelning. Vårdtiden är sällan > 1 dygn. Patienten har stort behov av både smärtlindring och psykologiskt stöd.

---

---

## Referenser

---

---

### För vidare läsning

1. Familjeplanering: Preventivmetoder, aborter och rådgivning. Bygdeman M, Milsom I, Odling V. Studentlitteratur AB. 2008. ISBN 9144040105.
2. Antikonception – Behandlingsrekommendation 2005. Läkemedelsverket. [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)
3. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996;347:1713–27.

---

---

## Preparat<sup>1</sup>

### Antikonceptionella medel

#### Gestagener + östrogener

##### *Desogestrel + etinylöstradiol*

**Desolett** Organon, tablett (lågdos, monofas)

**Desolett 28** Organon, tablett (lågdos, monofas)

**Mercilon** Organon, tablett (lågdos, monofas)

**Mercilon 28** Organon, tablett (lågdos, monofas)

##### *Drospirenon + etinylöstradiol*

**Yasmin** Bayer, tablett (lågdos, monofas)

**Yasmin 28** Bayer, tablett (lågdos, monofas)

##### *Etonorgestrel + etinylöstradiol*

**NuvaRing** Organon, vaginalring

##### *Levonorgestrel + etinylöstradiol*

**Neovletta** Bayer, tablett (lågdos, monofas)

**Neovletta 28** Bayer, tablett (lågdos, monofas)

##### *Lynestrenol + etinylöstradiol*

**Restovar** Organon, tablett (lågdos, monofas)

##### *Norelgestromin + etinylöstradiol*

**Evra** Janssen-Cilag, depotplåster

##### *Noretisteron + etinylöstradiol*

**Orthonett Novum** Janssen-Cilag, tablett (lågdos, monofas)

##### *Norgestim + etinylöstradiol*

**Cilest** Janssen-Cilag, tablett (lågdos, monofas)

**Cilest 28** Janssen-Cilag, tablett (lågdos, monofas)

---

#### Gestagen + östrogen, sekvenspreparat

##### *Desogestrel + etinylöstradiol*

**Trimiron 28** Organon, tablett (lågdos, trefas)

##### *Levonorgestrel + etinylöstradiol*

**Trinordiol 28** Wyeth, tablett (lågdos, trefas)

**Trionetta** Bayer, tablett (lågdos, trefas)

**Trionetta 28** Bayer, tablett (lågdos, trefas)

**Triregol** Sandoz, tablett (lågdos, trefas)

##### *Noretisteron + etinylöstradiol*

**Synfase** Pfizer, tablett (lågdos, trefas)

**Synfase 28** Pfizer, tablett (lågdos, trefas)

**Trinovum** Janssen-Cilag, tablett (lågdos, trefas)

**Trinovum 28** Janssen-Cilag, tablett (lågdos, trefas)

---

#### Gestagener

##### *Desogestrel*

**Cerazette** Organon, tablett 75 mikrog

##### *Etonorgestrel*

**Implanon** Organon, implantat 68 mg

##### *Levonorgestrel*

**Jadelle** Bayer, implantat 75 mg

**Mirena** Bayer, intrauterin inlägg  
20 mikrog/24 timmar

**NorLevo** Nycomed, tablett 1,5 mg

**Postinor** Bayer, tablett 750 mikrog, 1,5 mg

##### *Lynestrenol*

**Exlutena** Organon, tablett 0,5 mg

##### *Medroxiprogesteron*

**Depo-Provera** Pfizer, injektionsvätska

150 mg/ml, injektionsvätska, förfyllt spruta

150 mg/ml

##### *Noretisteron*

**Mini-Pe** Pfizer, tablett 0,35 mg

---

## Medel vid abort

#### Progesteronhämmare

##### *Mifepriston*

**Mifegyne** Exelgyn, tablett 200 mg

---

#### Prostaglandiner

##### *Gemprost*

**Cervagem** sanofi-aventis, vagitorier 1 mg

##### *Misoprostol*

**Cytotec** Pfizer, tablett 0,2 mg

---

## Övriga läkemedel

##### *Nonoxynol*

**Nonoxynol APL vaginalgel 2% APL, APL**

##### *Tranexamsyra*

Se kapitlet Allmän gynekologi, s 475.

---

1. Aktuell information om parallellimporterade förpackningar och generika kan fås från apotek.