

Prevensjon

Maria Barøy Ræder
Marius Johansen
Kristin Offerdal

Bergen Specialistsenter mariarader@gmail.com
Sex og samfunn marius@sexogsamfunn.no
Trondheimsgynekologene
kristin@kristinofferdal.no

Anbefalinger

Vi anbefaler langtidsvirkende prevensjon (spiral eller p-stav) som førstevalg for alle kvinner med behov for prevensjon.

For førstegangs p-pillebrukere som ønsker et kombinasjonpreparat anbefaler vi ett med med levonorgestrel, da disse så langt har vist lavest risikoøkning for tromboemboli.

Vi anbefaler rene gestagenprodukter til kvinner med forhøyet risiko for tromboemboli.

For kvinner med forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom og tromboemboli bør man velge rene gestagenpreparater

Vi anbefaler ikke bruk av orale prevensjonsmidler etter fedmekirurgi

Vi foreslår at kvinner som ber om nødprevensjon informeres om at innsetting av kobber IUD er mer effektiv enn orale metoder, og i tillegg vil være sikker prevensjon.

Søkestrategi

Pyramidesøk: Up to date, PubMed, Cochrane Database, Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG), WHO guidelines.

Definisjon

Tiltak som har til hensikt å forhindre svangerskap, til tross for at det gjennomføres samleie.

Prevensjonsveiledning

Som behandler er det vår plikt å bistå kvinnen i å finne et prevensjonsmiddel som passer henne. Et riktig valg og god informasjon fører til lavere diskontinuitet og lavere risiko for uønskede svangerskap, samt bedre livskvalitet for kvinnen.

Alle kvinner i reproduktiv alder som ikke bruker prevensjon bør spørres om de har behov for prevensjon.

Følgende faktorer bør vektlegges ved valg av prevensjon:

- 1) Medisinske tilstander som er relative og absolutte kontraindikasjoner
- 2) Prevensjonsikkerhet
- 3) Bivirkninger
- 4) Behov for ikke prevensjon-relaterte sideeffekter (non-contraceptive benefits)
- 5) Foretrukket administrasjonsform og compliance
- 6) Eventuelt tidligere prevensjonsbruk og erfaring med disse

Medisinske tilstander som er relative og absolutte kontraindikasjoner

Som vektlagt av WHO's rapport om medisinske kriterier for bruk av prevensjon, som nå også finnes om en app (WHO Contraception tool) må medisinsk risiko vektas mot fordelene ved å forebygge ikke planlagt svangerskap. En må ta hensyn til:

- 1) Har kvinnen medisinske risiki som prevensjonsmetoden vil øke?
- 2) Har kvinnen medisinske risiki som medfører spesielt høy risiko ved et uønsket svangerskap?

3) Har kvinnen tilstander eller bruker medisiner som gjør prevensjonsmidlet mindre effektivt?

Forhold som bør kartlegges for å kunne vurdere medisinsk risiko inkluderer: Alder, vekt, røykestatus, risiko for kardiovaskulær sykdom og venetrombose, migrene med aura, og evt amming/postpartum-status. Alder i seg selv er ikke en kontraindikasjon for bruk av kombinasjonspreparat.

På den andre siden er det spesielt viktig med sikker prevensjon for kvinner som har medisinske forhold som forverres ved et uønsket svangerskap. Disse tilstandene inkluderer blant annet: Brystkreft, diabetes med komplikasjoner, epilepsi, ischemisk hjertesykdom, trombofilier, ulike kreftsykdommer.

En bør tilslutt spesifikt vurdere om effektiviteten til prevensjonsmiddelet er redusert pga medisinske forhold eller medikamenter. Vi fraråder bruk av orale prevensjonsmidler etter fedmekirurgi (1, 2) og en må være oppmerksom på interaksjon mellom enkelte prevensjonsmidler og antiepileptika, antivirale medikamenter og Johannesurt (3).

Prevensjonsikkerhet

Langtidsvirkende prevensjon som spiral og p-stav har overlegen sikkerhet ettersom effektiviteten ikke er avhengig av riktig bruk hver gang personen har samleie. Benytt gjerne tabellen under for rådgivning under konsultasjonen.

Effektivitet (Pearl index)

<i>Metode</i>	<i>Antall gravide "perfekt bruk"</i>	<i>Antall gravide "Vanlig bruk"</i>
P-Stav	0,05%	0,05%
Sterilisering av menn	0,1%	0,15%
Hormonspiral	0,2%	0,2%
Sterilisering av kvinner	0,5%	0,5%
Kobberspiral	0,6%	0,8%
P-sprøyte	0,2%	6%
P-piller	0,3%	9%
P-plaster/ring	0,3%	9%
Kondom	2%	18%
"Hoppe av i svingen"	4%	22%

*Tabellen viser hvor stor prosentandel av kvinner som blir gravide i løpet av ett år.
Tallene er fra USA og hentet fra WHO.*

Bivirkninger

Den vanligste årsaken til at kvinnen endrer eller slutter med prevensjon er at hun opplever bivirkninger, og de vanligst rapporterte inkluderer uregelmessige blødninger, smerter, ømhet i bryst, vektendringer, effekter på humør og libido og hud (4). Det anbefales at man informerer om de mest vanlige bivirkningene ved oppstart. Rådgivning og informasjon om forventede bivirkninger minker sannsynligvis diskontinuerlingsraten (5).

Positive bieffekter

Kvinner bør spesifikt spørres om de kan ha behov for positive effekter av prevensjonsmiddelet som kommer i tillegg til prevensjonseffekten.

Spesifikt bør en kartlegge om hun har problemer med kraftige eller uregelmessige blødninger, menstruasjonssmerter, akne eller hirsutisme, der riktig valg av prevensjonsmiddel også kan ha fordelaktig effekt på disse plagene.

Foretrukket administrasjonsform, pris og compliance

Foretrukket administrasjonsform og hvorvidt pris er av betydning bør spesifikt diskuteres med kvinnen. Det gis støtte til prevensjon for kvinner melleom 16 og 22 år, for oppdatert informasjon se <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/bidragsordning-for-prevensjonsmidler>.

Om de ulike prevensjonsmidlene

LARC

Larc (Long acting reversible contraceptives) kan defineres som et prevensjonsmiddel som krever administrasjon sjeldnere enn en gang per måned.

Kobberspiral

Det finnes et stort utvalg kobberspiraler, inkludert konvensjonelle spiraler, konvensjonelt utseende spiraler i mindre størrelse, Gynefix® og Ballerine®. Det er liten forskjell i utstøtnings rate mellom dem. Det hevdes at både Gynefix® og konvensjonelt utseende spiraler i miniversjon har mindre blødningsforstyrrelse, men datagrunnlaget er lite (6, 7). Varigheten varierer med kobberinnholdet og oppgis fra produsent.

Gestagenspiral

Følgende gestagenspiraler er i dag registrert i Norge:

Mirena®: Levonorgestrel 52 mg. Godkjent varighet 5 år

Levosert®: Levonorgestrel 52 mg. Godkjent varighet 6 år

Kyleena®: Levonorgestrel 19,5 mg. Godkjent varighet 5 år

Jaydess® ;Levonorgestrel 13 mg. Godkjent varighet 3 år

Spiralen kan settes inn like postpartum, men man må være klar over at det medfører økt perforasjonsrisiko (8). Den kan settes inn umiddelbart etter medikamentell og kirurgisk abort. Alle avgir hormoner til systemisk sirkulasjon, og det er ikke forskjell i rapportering av bivirkningene, men de avtar ofte ved lengre tids bruk.

Gestagen implantat (p-stav)

Nexplanon®: Etonogestrel 68 mg implantat. Settes subcutant i overarm. Røntgentett stav. Godkjent varighet 3 år.

P-stav har den høyeste sikkerheten av alle prevensjonsmidlene. Den vanligste grunnen til diskontinuitet er uregelmessige blødninger, og opptil 30 % vil oppleve hyppige og langvarige blødninger, som er hovedgrunnen til diskontinuitet av p-stav som prevensjon. Blødningsmønsteret etter cirka 3 måneder er prediktivt for hvordan blødningsmønsteret blir framover. Dette skiller seg derfor fra blødningsmønsteret på hormonspiral, der kvinnene kan forvente sjeldnere og mindre blødninger jo lengre spiralen sitter inne. Ca 20 % av kvinnene kan forvente amenoré (9,10).

Gestagen depotinjeksjon

Depo-Provera® : Medroksyprogesteronacet 150 mg/ml. Settes i.m. hver 3. mnd

Pga uavklart langtidseffekt på bentetthet bør ikke dette være førstevalg for langtidsprevensjon hos unge kvinner. Kan gi utsatt fertilitet opp til 1 år etter seponering.

Kombinert hormonell prevensjon (østrogen og gestagen)

Det finnes et stort utvalg kombinasjonspreparater, både som piller, vaginalring og plaster (se tabell).

I motsetning til rene gestagenpreparater gir kombinasjonspreparatene god blødningskontroll. All prevensjon av kombinasjonstypen gir økt risiko for tromboemboli. Kombinasjonspiller med levonorgestrel er førstevalg på grunn av lavest risiko for tromboembolisk sykdom. Førstegangs p-pillebrukere bør anbefales en kombinasjons p-pille med levonorgestrel (f. eks. Microgynon®

eller Loette®) da disse gir lavest risikoøkning for tromboembolisk hendelse, om ikke andre forhold tilsier et annet valg. P-piller med lav østrogendose gir oftere uregelmessige blødninger, og dette kan bedres ved å bytte til en normal-dosert p-pille (11,12).

Kvinnen bør informeres om at forlenget syklus (hoppe over syklus i 2 eller 3 mnd) eller kontinuerlig administrering (kontinuerlig inntak der en ved gjennombruddsblødning tar en pause på 4-7 dager) er trygt og reduserer blødning (13).

PREPARAT	Format	Virkestoff	Pris (trinn- pris)	Hormon/ placebo
Melleva	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	88,00 (81,10)	21/0
Microgynon	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	88,00 (81,10)	21/0
Oralcon	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	88,00 (81,10)	21/0
Almina	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	196,10 (119,30)	21/7
Loette	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	196,10 (119,30)	21/7
Mirabella	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	196,10 (119,30)	21/7
Marvelon	21 tbl	Desogestrel 150 µg, EE 30 µg	119,10	21/0
Marvelon	28 tbl	Desogestrel 150 µg, EE 30 µg	187,80	21/7
Mercilon	28 tbl	desogestrel 150 µg, EE 20 µg	118,00	21/7
Synfase	28 tbl	noretisteron 0,5 – 1 mg, EE 35 µg	95,40	*12+9/0
Synfase	21 tbl	noretisteron 0,5 – 1 mg, EE 35 µg	95,40	*12+9/7
Yasmin	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 30 µg	250,50	21/7
Yasmin	21 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	259,80	21/0
Yasminelle	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	301,40	21/7
Yasminelle	21 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	288,60	21/0
Yaz	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	309,80	24/4
Zoely	28 tbl	nomegestrolacetat 2,5 mg, E 1,5 mg	315,00	24/4
Qlaira	28 tbl	dienogest 2 – 3 mg, ED 1 – 3 mg	346,10	2+5+17+ 2/2
Yana	21 tbl	dienogest 2 mg, EE 30 µg	257,40	21/0
NuvaRing	ring	etonogestrel 11,7 mg, EE 2,7 mg	122,56 (89,30)	Ring varer 3 uker
Ornibel	ring	etonogestrel 11,7 mg, EE 2,7 mg	122,03 (88,90)	Ring varer 3 uker
Evra	plaster	norelgestromin 6 mg, EE 600 µg	90,03	1 plaster per uke

Pris er for 3 måneder ved konvensjonell bruk.

Trinnpris: I trinnprissystemet reduseres prisen på et legemiddel trinnvis med faste kuttsatser etter at legemidlet har mistet patentbeskyttelse, fått konkurranse fra likeverdige legemidler.

EE=etinyløstradiol, E=østradiol, ED=østradiolvalerat

Gestagen p-pille

Desogestrel 75 µg (Cerazette®, Desogestrel orifarm®, Vinelle®). Tas kontinuerlig. Sikkerhet tilsvarende kombinasjonspille (østrogen/gestagenpille). Conludag®: Noretisteron 0,35 mg laveste tilgjengelige hormondose. Reduserer risiko for graviditet opp til 92 %. Sikkerheten reduseres om tidspunktet for tablettinntak overskrides med mer enn 3 timer.

I likhet med spiral og p-stav kan gestagen p-pille og de øvrige gestagenpreparatene anvendes av kvinner med forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom og tromboemboli. Over 50 % av kvinnene som tar gestagen p-piller med desogestrel kan forvente amenoré, de resterende kan forvente relativt sykliske blødninger eller uregelmessige blødninger (14).

Barrieremetoder

Kondom er den mest vanlige barrieremetoden og den eneste som en får kjøpt i Norge.

Risiko for graviditet 2-18 % ved hhv riktig og faktisk bruk. Beskytter mot HIV og andre seksuelt overførbare sykdommer (SOS).

Pessar og Femidom er meget sjeldent brukt og fås kun kjøpt på nett.

Naturlig Familieplanleggings metoder

Fertilitet Overvåknings Baserte metoder baserer seg på å identifisere den fertile perioden i en kvinnes syklus og unngå denne om man ikke vil bli gravid.

Dette fungerer best med en regelmessig syklus mellom 26 og 32 dager, der man må unngå samleie mellom dag 8 og 19. Man kan også benytte selvundersøkelse av vaginalsekret (Billings metode) og temperaturmåling, som begge kan markere egglosning eller en kombinasjon av disse (symptothermal). Det finnes flere apper og apparat som bygger på disse metodene.

“Tilbaketrekningmetoden” eller “hoppe av i svingen” er krevende og har lav sikkerhet (15).

Operative metoder

Kvinnelig sterilisering

Okklusjon, deling eller fjerning av egglederne. Kirurgisk prosedyre. Risiko for graviditet <1%, se kapittel om sterilisering.

Mannlig sterilisering

Vasektomi, kirurgisk prosedyre. Vanligvis i lokalanestesi. Risiko for graviditet < 1 %.

OBS: sædprøve leveres 3 måneder etter operasjonen, bekrefte aspermi. Annen prevensjon i mellomtiden.

Nødprevensjon

Det finnes tre metoder for å hindre graviditet etter et ubeskyttet samleie: Kobberspiral, høydosert gestagen (Norlevo[®], Levonorgestrel Norfri[®]) eller uliristalacetat (Ellaone[®], Femke[®]).

Kvinner som ber om nødprevensjon bør informeres om at innsetting av kobber IUD er mer effektiv enn orale metoder, og i tillegg vil være sikker prevensjon. Kobberspiralen har en sikkerhet på over 99,5 % dersom den settes inn innen 5 døgn etter et ubeskyttet samleie. Spiralen kan fjernes etter 7 dager, eller kvinnen kan beholde den som et effektivt prevensjonsmiddel i opp til 5 år.

Både høydosert gestagen og Ulipristalacetat virker ved å utsette egglosningen og derfor ikke effekt om egglosning allerede har funnet sted. Nødprevensjon med hormoner bør inntas så raskt som mulig etter et ubeskyttet samleie, men

ikke senere enn 3 døgn (nødprevensjon med levonorgestrel) eller 5 døgn (nødprevensjon med ulipristalacetat).

Ulipristalacetat har marginalt høyere effekt enn nødprevensjon med levonorgestrel. Samtidig har ulipristalacetat en høy affinitet til progesteronreseptorer, og den kan dermed nedsette bruk av hormonell prevensjon, dersom disse tas samtidig. Kvinnen bør rådes til å vente med oppstart av hormonell prevensjon i 5 døgn etter inntak av nødprevensjon med ulipristalacetat (16).

Referanser

1. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65:1–106.
2. Merki-Feld GS, Skouby S, Serfaty D, et al. European Society of Contraception statement on contraception in obese women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20:19–28.
3. Berry-Bibee EN, Kim MJ, Tepper NK, Riley HE, Curtis KM. Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):668-677. doi:10.1016/j.contraception.2016.07.010
4. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants Rebecca G. Simmons, PhD, MPH, Jessica N. Sanders, PhD, MSPH, Claudia Geist, PhD, Lori Gawron, MD, Kyl Myers, PhD, and David K. Turok, MD, MPH)
5. Mack N, Crawford TJ, Guise JM, Chen M, Grey TW, Feldblum PJ, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews 2019, Issue 4. Art. No.: CD004317. DOI:
10.1002/14651858.CD004317.pub5.

6. Akintomide H, Barnes P, Brima N, Mansour D. Higher discontinuation rate with a standard-sized compared to a small-sized 'gold standard' copper intrauterine device: a case-control review [published online ahead of print, 2019 Sep 4]. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;bmjsrh-2018-200296. doi:10.1136/bmjsrh-2018-200296

7. Kulier R, O'Brien P, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005347. DOI: 10.1002/14651858.CD005347.pub3.

8. Heinemann K, Barnett C, Reed S, Möhner S, Do Minh T. IUD use among parous women and risk of uterine perforation: a secondary analysis. *Contraception*. 2017;95(6):605-607. doi:10.1016/j.contraception.2017.03.007

9. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceproblematicbleedinghormonalcontraception/>

10. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/fsrh-guidelines-and-statements/method-specific/progestogen-only-implants/>

11. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>

12. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceproblematicbleedinghormonalcontraception/>

13. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or Extended Cycle vs. Cyclic Use of Combined Hormonal Contraceptives for Contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014 Jul 29;2014(7)

14. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceproblematicbleedinghormonalcontraception/>

15. Guida M, Tommaselli GA, Pellicano M, Palomba S, Nappi C. An overview on the effectiveness of natural family planning. *Gynecol Endocrinol*, 1997 Jun;11(3):203-19. doi: 10.3109/09513599709152535.

16. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>