

Sterilisering

Karin Langeland

Astrid Rygh

Anbefalinger

- "Journalskrivende lege skal informere kvinnen om reversible alternativer til sterilisering, mulighet for metodesvikt og om inngrepets art og komplikasjonsrisiko.
- "Utførende lege skal kontrollere at kvinnen har signert "Begjæring om sterilisering" før inngrepet startes.
- "Ved hysteroskopisk sterilisering må legen informere kvinnen om at hun må bruke annen prevensjon frem til kontroll etter 3 mnd.
- "Sterilisering bør gjøres laparoskopisk eller hysteroskopisk om ikke kvinnen skal laparotomeres av annen årsak.

Søkestrategi

- PubMed,
- UpToDate,
- Cochrane database.

Definisjon

Operasjon eller inngrep som varig opphever en persons evne til forplantning.

Legale aspekter- Lov om sterilisering¹

Gir, med noen unntak, enhver som bor i Norge og har fylt 25 år, rett til sterilisering når hun ber om det (§ 2), uten krav om at søkeren må være norsk statsborger eller at ektefelle/samboer samtykker eller er informert.

Legen som signerer "Begjæring om sterilisering" bekrefter å ha informert om inngrepet, risiko og medisinsk virkning. Operatør skal sikre seg at opplysningene er gitt.

Unntak fra de alminnelige vilkår for sterilisering fremgår av lovens § 3

Person som har bosted her i landet, men som for øvrig ikke fyller vilkårene i § 2 (altså er under 25 år eller ikke har samtykkekompetanse), kan etter søknad til steriliseringsnemnd innvilges sterilisering når:

- "Svangerskap og fødsel for kvinnen som søker kan føre til betydelig fare for hennes liv eller for hennes fysiske eller psykiske helse
- "Omsorg for barn kan sette søkeren i en særlig vanskelig livssituasjon
- "Det på grunn av arveanlegg hos søkeren er betydelig fare for at barn i tilfelle kan få alvorlig sykdom eller lyte
- "Søkeren på grunn av sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming - eller svekkelse i tilfelle ikke vil kunne ha tilfredsstillende omsorg for barn

Sterilisering av personer under 18 år blir bare tillatt ved særlig tungtveiende grunner. Personer som har alvorlig sinnslidelse, er psykisk utviklingshemmet, psykisk svekket og/eller umyndiggjort må søke (evt. må verge søke for dem) steriliseringsnemnda i fylket (Fylkeslegen):

- "Søknad om sterilisering etter § 3 fremsettes for en lege eller direkte for steriliseringsnemnda i fylket. Søknaden avgjøres av steriliseringsnemnda. Gir nemnda tillatelse til sterilisering, skal den henvise til lege eller til det sykehus hvor inngrepet kan foretas
- "Der kvinnen ikke er umyndig, men legen skjønner at informasjonen ikke kan forstås, kontaktes det lokale overformynderi for oppnevning av hjelpeverge for denne situasjonen
- "Legen skal da skrive en erklæring med diagnose (oftest psykisk utviklingshemming eller psykisk sykdom) til overformyndieriet, med redegjøring for hvorfor hjelpeverge ønskes oppnevnt og for hvilket formål slik oppnevning skal skje (her: sterilisering)

Egenandel

Kvinnen må betale forhøyet egenandel 6079 kr (01.12.14) ved sterilisering.

Unntak for egenandel²:

- "Inngrepet blir utført mens kvinnen er innlagt i sykehus for annen behandling eller årsak, for eksempel i forbindelse med fødsel
- "Steriliseringen gjøres på medisinsk indikasjon, dvs gjelder kvinner som av medisinske årsaker ikke bør bli gravide pga fare for liv og helse, eller som ikke tolererer annen prevensjon.
- "Kvinnen får inngrepet utført etter vedtak i steriliseringsnemnd

Steriliseringsmetoder

- "Sterilisering kan utføres hos ikke-gravide eller etter fødsel
- "Sterilisering kan utføres ved laparoskopi, hysteroskopi, ved sectio eller som minilaparotomi
- "Det er vist at sterilisering ved destruksjon eller ekstirpasjon av tubene reduserer risiko for ovarialcancer^{3, 4, 5}. Risiko for ovarial cancer reduseres mer ved bilateral salpingectomi (42 %, ⁴) enn ved destruksjon av tubene 25-29 %, ^{3, 4}. På bakgrunn av dette diskuteres det om man skal anbefale salpingektomi som førstevalg ved laparoskopisk sterilisering. Noen sentre gjør dette allerede. Det mangler randomiserte studier.
- "Kvinnen bør informeres om muligheten for salpingektomi, spesielt ved økt risiko for ovarialcancer

Laparoskopi

- *Bipolar koagulasjon er vanligste metode i Norge i dag.

Man bør diatermere minst 3 cm av den istmiske delen av tuben⁶. Man bør ikke dele tuben etter diatermi, det kan øke risiko for fisteldannelse⁷.

- *Salpingektomi
- *Anestesi: Vanligvis generell anestesi.

Hysteroskopi

En type hysteroskopisk sterilisering på markedet idag: Essure[®]. Under hysteroskopisk tilgang plasseres microinnlegget i proximale del av tuben. Kontroll etter 3 mnd med ultralyd for å bekrefte at microinnlegget er rett plassert etter en ukomplisert prosedyre, i andre tilfeller mer avansert billediagnostikk^{8,9}. Kvinnen må bruke annen prevensjon frem til resultatet er bekreftet. Anestesi: Preoperativ NSAID peroralt ofte tilstrekkelig, noen vil trenge paracervikal blokkade, sedasjon eller narkose.

Laparotomi

Sterilisering samtidig med annet inngrep som krever laparotomi, f.eks sectio.

Minilaparotomi kan brukes postpartum.

Reseksjon av et parti av tuben er vanligste i Norge i dag (Modifisert Pomeroy teknikk)

Anestesi: Regional eller generell anestesi.

Komplikasjoner og metodesvikt

Ingen forskjell i alvorlige komplikasjoner mellom laparoskopi og minilaparotomi. Mindre alvorlige komplikasjoner er signifikant lavere ved laparoskopi og operasjonstiden er kortere¹⁰.

Få studier sammenlikner hysteroskopisk- og laparoskopisk sterilisering. Det synes som metodene er sammenliknbare med hensyn på sikkerhet og pasienttilfredshet¹¹.

Metodesvikt rapporteres til 0,2-0,9%^{12, 13}. Den kumulative 10 års risiko for graviditet er rapportert 18,5 pr 1000 prosedyrer. Risiko er høyest hos unge kvinner¹⁴.

Ved graviditet etter sterilisering er risiko økt for ektopisk graviditet^{15, 16}.

Sterilisering påvirker ikke hormonproduksjonen¹⁷ øker ikke hyppigheten av menstruasjonsforstyrrelser¹⁸ dysmenore eller PMS¹⁹.

Råd og informasjon

- *Preoperativ informasjon om inngrepets art, risiko, medisinske virkninger og alternative måter å forebygge svangerskap på er lovpålagt. Legen som utfører steriliseringen skal forsikre seg om at slik informasjon er gitt
- *Inngrepet må betraktes som endelig
- *Hvis kvinnen angrer er assistert befruktning den mest aktuelle metode for å oppnå graviditet
- *Barnønske i et nytt forhold er vanligste grunn til at kvinnen angrer steriliseringen
- *Beslutning om sterilisering bør være vel overveid. Det er ugunstig å ta den knyttet til omstendigheter som svangerskapsavbrudd, samlivskrise eller akutt keisersnitt
- *Ved komplikasjoner kan laparoskopi måtte konverteres til laparotomi. Ved mislykket hysteroskopisk prosedyre må inngrepet gjøres laparoskopisk
- *Kvinnen bør få Helsedirektoratets [informasjon om sterilisering](#).
- *Begjæring om sterilisering kan lastes ned fra [nettsidene til Helsedirektoratet](#).

Referanser

1. Lov om sterilisering (Steriliseringsloven) LOV-1977-06-03-57, (1977).
2. Lov om Sterilisering (Steriliseringsloven) Veileder til lov og forskrift, (2012).
3. Rice MS, Hankinson SE, Tworoger SS. Tubal ligation, hysterectomy, unilateral oophorectomy, and risk of ovarian cancer in the Nurses' Health Studies. *Fertility and sterility*. 2014;102(1):192-8.e3.
4. Lessard-Anderson CR, Handlogten KS, Molitor RJ, Dowdy SC, Cliby WA, Weaver AL, et al. Effect of Tubal Sterilization Technique on Risk of Serous Ovarian and Primary Peritoneal Carcinoma. *Gynecologic oncology*. 2014.
5. Sieh W, Salvador S, McGuire V, Weber RP, Terry KL, Rossing MA, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. *International journal of epidemiology*. 2013;42(2):579-89.
6. Peterson HB. Sterilization. *Obstetrics and gynecology*. 2008;111(1):189-203.
7. Black WP. Sterilization by laparoscopic tubal electrocoagulation: an assessment. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1971;111(7):979-83.
8. Langenveld J, Veersema S, Bongers MY, Koks CA. Tubal perforation by Essure: three different clinical presentations. *Fertility and sterility*. 2008;90(5):2011.e5-10.
9. Veersema S, Vleugels MP, Timmermans A, Brolmann HA. Follow-up of successful bilateral placement of Essure microinserts with ultrasound. *Fertility and sterility*. 2005;84(6):1733-6.
10. Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004(3):Cd001328.

11. McMartin K. Hysteroscopic tubal sterilization: an evidence-based analysis. Ontario health technology assessment series. 2013;13(21):1-35.
12. Connor VF. Essure: a review six years later. Journal of minimally invasive gynecology. 2009;16(3):282-90.
13. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. Obstetrics and gynecology. 2003;101(4):677-84.
14. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. American journal of obstetrics and gynecology. 1996;174(4):1161-8; discussion 8-70.
15. Al-Safi ZA, Shavell VI, Hobson DT, Berman JM, Diamond MP. Analysis of adverse events with Essure hysteroscopic sterilization reported to the Manufacturer and User Facility Device Experience database. Journal of minimally invasive gynecology. 2013;20(6):825-9.
16. McCausland A. High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures. Incidence and etiology. American journal of obstetrics and gynecology. 1980;136(1):97-101.
17. Gentile GP, Helbig DW, Zacur H, Park T, Lee YJ, Westhoff CL. Hormone levels before and after tubal sterilization. Contraception. 2006;73(5):507-11.
18. Westhoff C, Davis A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertility and sterility. 2000;73(5):913-22.
19. Gentile GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? Fertility and sterility. 1998;69(2):179-86.