

Oplægning og fjernelse af kobberspiral

Overlæge Lars Franch Andersen

Hillerød Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Enhed

En kobberspiral virker ved at forhindre befrugtning af ægget og ved at hæmme implantationen, såfremt et æg alligevel skulle blive befrugtet. Efter fjernelse af en kobberspiral normaliseres forholdene hurtigt, og tidligere spiralbrug medfører ingen forsinkelse for opnåelse af graviditet [1, 2].

Indikation

Forebyggelse af graviditet

Særlige fordele ved kontraception med kobberspiral er metodens høje effektivitet og sikkerhed, fravær af systemiske virkninger eller bivirkninger, at den ikke skal huskes, indtages eller påsættes, er uafhængig af samlejesituationen, samt at den er billig. En kobberspiral er særlig velegnet til kvinder, der har født, har fast seksualpartner, svag eller normal menstruation, ingen dysmenoré og normal uterus.

Kontraindikation

Absolutte: uafklaret blødningsforstyrrelse, underlivsbetændelse inden for de seneste tre måneder, cervicitis, mistanke om gynækologisk cancer og mistanke om graviditet.

Relative: menoragi, svær dysmenoré, uterinkavititet <6 cm eller >9 cm, nulliparitet, multiple seksualpartnere (eller en partner med multiple partnere), tidligere kompliceret underlivsbetændelse, endometriose, anæmi, submukøst uterus-fibrom, udviklingsanomali af uterus (bicorn, septum), hiv-positivitet, allergi over for kobber og Wilsons sygdom.

Instruktion til kvinden

Kvinden informeres om de hyppigste bivirkninger, der er forbundet med brug af spiral: menoragi (menstruationsstyrken øges, typisk med cirka 50%, og varigheden forlænges, typisk med 1-2 dage), pletblødning (optræder især initialt) og dysmenoré.

I modsætning til de fleste andre kontraceptionsformer beskytter kobberspiral ikke mod seksuelt overført sygdom, men spiralbrug er ikke generelt forbundet med en øget risiko for underlivsbetændelse. En øget risiko for underlivsbetændelse hos kobberspiralbrugere synes helt overvejende at være relateret til kontaminering i forbindelse med oplægningen og vil således optræde inden for den første månedstid.

Ved udebleven menstruation bør der altid foretages en graviditetstest. En kobberspiral beskytter både mod intra- og ekstrauterin graviditet, men beskyttelsen mod intrauterin

graviditet er større end beskyttelsen mod ekstrauterin graviditet, således at der hos kvinder, der bliver gravide med spiral in situ, er en forøget andel (5-8%) af ekstrauterine graviditeter [3]. Hvis graviditet optræder hos en spiralbruger, bør ekstrauterin graviditet derfor altid udelukkes hurtigst muligt. Ved intrauterin graviditet med spiral in situ er risikoen for abort og præterm fødsel betydeligt forøget, og spiralen bør under alle omstændigheder prompte fjernes, såfremt spiraltråden er tilgængelig.

Forberedelse af kvinden

Spiral kan oplægges på alle tidspunkter i en menstruationscyklus, men det vil ofte være mest hensigtsmæssigt at lægge spiralen op i de første 12 dage af en menstruationscyklus. Lægges spiralen op under sidste del af en menstruation, er risikoen for graviditet minimal, oplægningen forløber ofte lidt lettere, og en eventuel ledsagende blødning giver mindre anledning til bekymring.

Ved oplægning efter formodet ovulationstidspunkt bør der ikke foreligge mulighed for graviditet. Foreligger der mulighed for graviditet, bør man være opmærksom på, at spiralen om ønsket kan anvendes som nødprævention i op til fem døgn efter ubeskyttet samleje. Er nødprævention ikke relevant, afventes menstruationen, og spiralen oplægges så i dagene herefter.

Ved den mindste mistanke om graviditet bør der foreligge en negativ graviditetstest forud for oplægningen. I forbindelse med provokeret eller spontan abort i første trimester kan spiralen oplægges umiddelbart, såfremt der ikke er mistanke om infektion. Der er dog formentlig en større risiko for udstødning af spiralen ved oplægning i forbindelse med et abortindgreb, og generelt anbefales det at afvente en menstruation før spiralen oplægges. Efter en fødsel bør spiralen først oplægges 4-6 uger post partum pga. øget risiko for udstødelse. Ved amenoré i forbindelse med amning behøver man ikke at afvente en menstruation, men kan umiddelbart lægge spiralen op, forudsat at der er fundet normale forhold ved en gynækologisk undersøgelse, og der foreligger en negativ graviditetstest.

Nogle kvinder – især nulligravida – kan have behov for smertelindring i forbindelse med oplægningen. Kvinden kan eventuelt anbefales at tage et *nonsteroidal anti-inflammatorisk drug* (NSAID) før spiraloplægningen; lokalanalgesi af cervikal-kanalen kan undertiden være hensigtsmæssig. Efter oplægningen vil der ofte være menstruationslignende smerter, der kan dæmpes med NSAID og/eller paracetamol. Smerterne forsvinder oftest i løbet af et døgn. Kvinden bør henvende sig til en læge, såfremt smerterne tiltager eller varer ved ud over et døgn.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISKE PROCEDURER

Redskaber og utensilier (Figur 1)

1. Sterilt sæt til gynækologisk undersøgelse, evt. et selvholdende spekel.
2. Klotang.
3. Uterinsonde.
4. *Chlamydia*-podningssæt.
5. Tampontang.
6. Chlorhexidinopløsning samt tamponer til afvaskning af portio uteri.
7. Evt. lokalanalgesi.

Procedure

1. Udelukkelse af graviditet.
2. Gynækologisk undersøgelse med sikring af normale anatomiske forhold, udelukkelse af underlivsbetændelse og cervicitis.
3. Podning for klamydia fra cervix og urethra hos kvinder <30 år samt hos kvinder i risikogruppe.
4. Antiseptisk afvaskning.
5. Fiksering af portio med klotang og sondering af uterinkaviteten vil ofte lette spiraloplægningen.
6. Spiralindføringsrøret kan ofte med fordel bøjes lidt, så røret følger cervikalkanalens krumning.
7. Spiralen oplægges ved omhyggeligt at følge producentens anvisninger (indlægseddell), og toppen af spiralen tilstræbes placeret i toppen af uterinkaviteten.
8. Spiraltråden afklippes i passende længde.

Ved påvisning af *Chlamydia* bør behandling påbegyndes hurtigst muligt. Er der ikke kliniske tegn på infektion, gives der relevant antibiotisk behandling, og spiralen kan blive liggende. Ved symptomer på underlivsbetændelse med eller uden positiv podning behandles der med antibiotika, og spiralen bør normalt fjernes.

Efterfølgende kontrol af kvinden

Kvinden instrueres i kontrol af spiralen ved palpation af spiraltråden i vagina. Normalt anbefales der kontrol af spiralens beliggenhed 2-3 måneder efter oplægningen. Udstødning af en spiral finder hyppigst sted inden for den første månedstid efter oplægningen. Ved kontrollen sikres det, at spiralen ligger korrekt, ved at man ser spiraltråden ved en gynækologisk inspektion. Såfremt tråden ikke kan ses, bør der foretages ultralydsskanning mhp. konstatering af spiralens korrekte beliggenhed. Findes spiralen her velplaceret, er fortsat ultrasonisk kontrol normalt ikke indiceret.

Der er en vis tradition for, at spiralbrugere »kontrolleres« ved en gynækologisk undersøgelse en gang årlig. Denne praksis savner i nogen grad både evidensbaseret og praktisk grundlag. Frem for rutinemæssig kontrol med faste intervaller forekommer det mere hensigtsmæssigt, at kvinden opfordres til at henvende sig til en læge for undersøgelse, hvis der op-



Figur 1. Utensilier til brug ved oplægning af en spiral.

træden af symptomer fra underlivet, specielt smerter og/eller blødningsforstyrrelser.

Anvendelsestiden afhænger af den samlede mængde kobber på spiralen. Moderne spiraler med 380 mm² kobber anbefales normalt skiftet efter 5-8 år, men der er enighed om, at de bevarer deres kontrceptive effektivitet i længere tid [1, 3, 4].

Spiraler med en mindre mængde kobber bør skiftes efter fem år; enkelte spiraltyper anbefales skiftet efter kun tre år. Generelt bør anvendelsestiden følge de anbefalinger, der er anført på indlægseddelen i spiralpakningen. Ved oplægning af en spiral med ≥ 380 mm² kobber hos kvinder ≥ 40 år er det dog formentlig fuldt forsvarligt at anvende spiralen helt til menopause.

Risici ved indgrebet

Der er risiko for: 1) perforation af uterus. En primært korrekt oplagt spiral »vandr« ikke siden ud gennem uterus, og 2) kontaminering af uterus med risiko for underlivsbetændelse. Ved omhyggelig selektion og identifikation af risikogrupper, screening for *Chlamydia*-kolonisering i cervix og uretra, og aseptisk oplægningsteknik synes risikoen for underlivsbetændelse efter spiraloplægning kun at være på ca. 1%.

Fjernelse af en spiral

En spiral bør normalt fjernes, hvis kvindens situation ændres, således at der opstår absolut eller relativ kontraindikation for brug af spiral (se ovenfor). En spiral bør endvidere fjernes, når den godkendte anvendelsesperiode er udløbet, hvis kvinden er et år postmenopausal – eller naturligvis hvis hun har ønske om at blive gravid. Spiral kan fjernes når som helst i en menstruationscyklus. Hvis spiralen fjernes omkring ovulationstidspunktet, skal kvinden gøres opmærksom på muligheden for graviditet i den pågældende cyklus. Er spiraltråden synlig fjernes spiralen ved træk i tråden.

Undertiden displaceres spiraltråden op i cervikalkanalen. Spiraltråden kan i så fald ofte hentes frem ved hjælp af en

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

cytobrush e.l., der forsigtigt roteres i cervikalkanalen. Kan tråden ikke fanges, kan spiralen ofte fjernes ved hjælp af lille, slank *pean*, lister e.l., der med omhyggelig, aseptisk teknik føres op i cervikalkanalen eller uterinkaviteten og fatter spiralen. Det vil ofte være hensigtsmæssigt at benytte lokalanalgesi.

Kommentar

En kobberspiral er en sikker og billig kontraceptionsmetode, der bortset fra meget hyppigt forekommende øget blødningsmængde og øget dysmenoré er forbundet med meget få bivirkninger. Spiralen kan benyttes som nødprævention indtil fem døgn efter et ubeskyttet samleje – også hos nulligravida. Spiralen kan fjernes efter næste menstruation eller kan lades in situ, såfremt kvinden ønsker fremover at benytte denne

kontraceptionsmetode, og der ikke er kontraindikation for brug af spiral.

Korrespondance: *Lars Franch Andersen*, Gynækologisk-obstetrisk Enhed, Hillerød Sygehus, DK-3400 Hillerød.
E-mail: lars.franch.andersen@dadlnet.dk

Antaget: 22. september 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Litteratur

1. IMAP statement on intrauterine devices. *IPFF Med Bull* 2003;37:1-5.
2. Riviera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 118:1263.
3. Nelson AL. The intrauterine contraceptive device. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:723.
4. Guillebaud J. Contraception. Your questions answered. Kap. 6: Intrauterine Devices London: Churchill Livingstone, 2003.

Information om brystkræftscreening på internetsider er ensidig og mangelfuld – sekundærpublikation

Læge Karsten Juhl Jørgensen & overlæge Peter C. Gøtzsche

H:S Rigshospitalet, Det Nordiske Cochrane Center

Resumé

Formål: Studiets formål var at undersøge, om information på hjemmesider fra private organisationer og offentlige myndigheder om brystkræftscreening er afbalanceret, uafhængig af økonomiske interesser og omtaler de nyeste resultater.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en gennemgang af 27 hjemmesider fra nordiske og engelsktalende lande for 17 forskellige informationer.

Resultater: En hjemmeside blev udelukket. Alle 12 sider fra patientforeninger og alle 11 fra statslige institutioner anbefaler deltagelse i screening for brystkræft, hvorimod tre forbrugerorganisationer stiller spørgsmålstegn ved screening ($p = 0,0008$). Alle patientforeningerne modtager sponsorstøtte fra industrien, tilsyneladende uden begrænsninger. Forbrugerorganisationerne gør opmærksom på den potentielle interessekonflikt ved en sådan støtte, to modtog ingen støtte og den tredje kun i mindre omfang. Patientforeninger og offentlige institutioner fremstiller screening i et positivt lys. De vigtigste skadevirkninger ved screening: overdiagnostik og overbehandling, nævnes af alle tre forbrugerorganisationer, men kun af fire af de øvrige ($p = 0,03$). Den udvalgte information var ofte vildledende og fejlbehæftet. Den seneste evidens refereres generelt kun af forbrugerorganisationerne,

hvis hjemmesider var langt mere afbalancerede og omfattende end andre hjemmesider (median ni informationer mod tre, $p = 0,03$).

Diskussion: Informationen fra patientforeninger og statslige institutioner er meget mangelfuld og ensidig til fordel for screening. Kun få internetsider lever op til kravene om informeret samtykke i Etisk Råds redegørelse om screening.

Information om mammografiscreening stammer hovedsageligt fra offentlige institutioner og patientforeninger. Denne information kan være ensidig, idet et screeningprograms succes bl.a. afhænger af, hvor mange der møder op. Økonomisk støtte til patientforeningerne fra industrien udgør en anden potentiel interessekonflikt.

I et australsk studie fra 1998 af 58 foldere om mammografiscreening fandt man, at de var mangelfulde og ensidige og ikke gav det fornødne grundlag for et informeret samtykke [1]. I et andet studie fandt man, at kun 26 ud af 54 publikationer indeholdt nogen som helst information om skadevirkninger [2]. I Danmark benytter 47% af befolkningen internettet til at søge information om helbredsrelaterede emner [3]. Vi undersøgte derfor, om informationen på internettet er afbalanceret og medtager de nyeste forskningsresultater.