

Er gestagenspiral et realistisk alternativ til kvindelig sterilisation?

1. reservelæge Marianne Rich Bjerger & overlæge Peter Helm

Amtssygehuset i Gentofte, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Kvindelig sterilisation har i mange år været betragtet som et effektivt svangerskabsforebyggende middel. Imidlertid er det irreversibelt og kræver operativt indgreb. Vi har undersøgt, hvor mange kvinder, som blev tilbudt en reversibel, non-invasiv, langtidsvirkende antikonceptionsmetode, der ville foretrække denne frem for sterilisation.

Materiale og metoder: Alle kvinder, der blev henvist til sterilisation i perioden 2000-2001 blev efter grundig information om alternative langtidsvirkende antikonceptionsmetoder tilbudt at få oplagt en gestagenspiral i ventetiden på sterilisation. De kvinder, der primært valgte gestagenspiralen, blev efter 1-3 år fulgt op med hensyn til eventuel senere sterilisation.

Resultater: Af de 151 henviste kvinder udeblev 14 fra samtale. Blandt de resterende 137 valgte 69 (50%) primært sterilisation, 58 (43%) valgte gestagenspiral og ti (7%) foretrak andre alternativer. På opfølgningstidspunktet var seks (10%) af de 58 kvinder i gestagenspiralgruppen efterfølgende blevet steriliseret.

Diskussion: Gestagenspiralen er en langtidsvirkende kontraceptionsmetode med en præventiv effekt, som er på højde med laparoskopisk sterilisation. Fordele og ulemper ved de to metoder diskuteres, og samtidig understreges vigtigheden af, at kvinden informeres grundigt om alternative metoder, før hun beslutter sig for sterilisation.

Der steriliseres årligt omkring 5.000 kvinder i Danmark. Langt de fleste sterilisationer foretages ved laparoskopisk anbringelse af clips eller ringe, alternativt elektrokoagulation af tubae, resten ved minilaparotomi (14%) eller i forbindelse med andre operative indgreb, som f.eks. sectio.

Metoden har i mange år været betragtet som et effektivt og pålideligt antikonceptionsmiddel. Imidlertid er indgrebet irreversibelt og kræver enten regional eller generel anæstesi.

I de senere år har kvinderne fået mulighed for at vælge lige så sikre alternative metoder (gestagenspiral eller gestagenimplantat). Til trods herfor ligger antallet af sterilisationer stabilt. Vi har fundet det interessant at undersøge om kvinder, som fik tilbudt en reversibel, non-invasiv, langtidsvirkende antikonceptionsmetode, ville foretrække denne som alternativ til sterilisation.

Materiale og metoder

I perioden 1. januar 2000-31. december 2001 blev alle kvinder,

som var henvist til sterilisation på Københavns Amtssygehus i Gentofte, indkaldt til samtale, hvor de modtog grundig information om laparoskopisk sterilisation samt eventuelle mulige komplikationer. Samtidig blev fordele og ulemper ved alternative kontraceptionsmidler gennemgået med hovedvægt på gestagenspiral og gestagenimplantater, idet de fleste kvinder i forvejen var bekendt med p-piller, kobberspiral og barriere-metoder. Samtlige kvinder fik tilbudt at få oplagt en gestagenspiral, (**Figur 1**), mens de ventede på sterilisation (ca. tre måneder).

Kvinder, som primært valgte gestagenspiralen, blev efter en observationsperiode på 1-3 år fulgt op med hensyn til senere sterilisation. Oplysninger herom blev hentet fra det patientadministrative system GSI-låben.

Resultater

Af de 151 henviste kvinder udeblev 14 fra samtale og udgik derfor af undersøgelsen. Af de resterende 137 kvinder fastholdt 69 i alderen 25-47 år efter informationssamtalen ønsket om sterilisation. Der var 58 kvinder i alderen 26-48 år, som valgte at få oplagt gestagenspiral, og der var ti kvinder i alderen 29-46 år, som valgte andre alternativer såsom sterilisation af manden, gestagenimplantat, p-piller eller kobberspiral. Resultatet fremgår af **Tabel 1**.

På opfølgningstidspunktet var seks (10%) af de 58 kvinder, som oprindeligt valgte gestagenspiralen, efterfølgende blevet steriliseret. I gennemsnit blev sterilisationen foretaget ni måneder (3-24 måneder) efter oplægningen af gestagenspiralen. To patienter havde fået seponeret gestagenspiralen på grund af smerter, andre to på grund af blødningsforstyrrelser, mens de sidste to havde benyttet sig af tilbuddet om gestagenspiral i ventetiden på sterilisation.

Diskussion

Gestagenspiralens anvendelse som svangerskabsforebyggende middel har været kendt i Danmark gennem ti år. Formålet med dette arbejde har været at kortlægge gestagenspiralens placering som alternativ til kvindelig sterilisation. Med henblik på at sammenholde de to metoder findes det relevant at diskutere følgende problemstillinger: økonomi, effektivitet, komplikationer/bivirkninger samt fortrydelseshyppighed.

I forbindelse med undersøgelsen beregnede vi afdelingens udgifter ved de to metoder og kom frem til, at udgifterne til gestagenspiral og utensilier til brug for laparoskopisk sterilisation var af samme størrelsesorden. Her var ikke medregnet udgifter til indlæggelse, lønninger eller ekstra omkostninger forbundet med eventuel laparotomi, ej heller senere udgifter

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

til refertilisation eller in vitro-fertilisationsbehandling af dem, som fortrød sterilisationen.

I den aktuelle undersøgelse var den primære behandling gratis for kvinden, uanset om hun valgte gestagenspiral eller sterilisation. Gestagenspiralen skal skiftes efter fem år, og kvinden vil på dette tidspunkt have udgifter til anskaffelse af en ny spiral, idet der ikke ydes offentligt tilskud til antikonception i Danmark. I forbindelse med samtalerne var det ikke vores indtryk, at det var økonomiske overvejelser, der lå til grund for kvindernes valg.

Med hensyn til effektivitet var de to metoder sammenlignelige. Metodesvigt i form af graviditet efter sterilisation forekommer hos 0,5-4% [1, 2]; i danske opgørelser ligger hyppigheden på 0,5-1% [3-6]. Pearl-index er opgjort til 0,14 graviditeter pr. 100 kvindeår [7]. Over halvdelen af de graviditeter, der opstår efter laparoskopisk sterilisation, er ekstrauterine, og det er vigtigt at være opmærksom på, at risikoen for ruptur i forbindelse med en ekstrauterin graviditet er tre gange forøget i forhold til ekstrauterine graviditeter hos ikke-steriliserede kvinder [3]. Formentlig skyldes den øgede hyppighed af ruptur, at graviditeten diagnosticeres senere, idet kvinden på grund af sterilisationen tror sig beskyttet mod graviditet.

Det er i flere undersøgelser vist, at gestagenspiralen har en præventiv effekt, som er på højde med laparoskopisk sterilisation [8-10]. De graviditeter, som er blevet rapporteret under brug af gestagenspiral, har primært været betinget af, at spiralen var faldet ud, uden at kvinden havde opdaget det. Risikoen for ekstrauterin graviditet angives til 0,02 pr. 100 kvindeår [8].

Komplikationer til laparoskopisk sterilisation forekommer hos 0,4-2% [2]. Af større komplikationer kan nævnes blødning (0,6-1%), skade på naborganer (0,6%) samt infektion (1%) [2, 11]. Konvertering til laparotomi sker i ca. 1% af tilfældene, primært på grund af adhærencer, men også som følge af blødning eller organskade. Kvinder med adipositas eller risiko for adhærencer vil således med fordel kunne tilbydes gestagenspiral som alternativ til sterilisation.

På længere sigt synes der at være ca. tre gange øget frekvens af hysterektomi hos steriliserede kvinder [12-15]. Der synes ikke at være en øget forekomst af blødningsforstyrrelser efter sterilisation, men en del kvinder, som før sterilisationen brugte p-piller, oplever ved ophør med p-pillerne en øget forekomst af uregelmæssige og kraftige blødninger. Dette er en mulig årsag til den øgede hysterektomifrekvens.

Den hyppigste bivirkning ved gestagenspiralen er blødningsuregelmæssigheder, som forekommer hos 20%. Problemet er størst i de første tre måneder efter at spiralen er blevet oplagt, men vil kunne begrænses ved, at spiralen oplægges umiddelbart efter menstruation. Efter et år har 20-25% amenorré, og de resterende har nedsat blødningsmængde [10]. Kvinder med kraftige blødninger bør derfor primært tilrådes gestagenspiral som alternativ til sterilisation. Endvidere kan gestagenspiralen have gunstig virkning på dysmenoré som følge af adenomyose og endometriose.

Figur 1. Gestagenspiral.



Gestagenbivirkninger i form af brystspænding, hovedpine, acne og humørsvingninger ses hos ca. 10%. Også disse bivirkninger er mest udtalt i de første måneder efter oplægningen.

Gestagenspiral er ikke egnet til kvinder med svært fibromatøst forstørret uterus eller større submukøse fibromer, omvendt kan uterus hos aldriggravide være så lille, at det kan være vanskeligt at få plads til spiralen. Det anbefales, at sonde-mål er over 6,5 cm, men under 12 cm [16].

Ud fra vores undersøgelse ved vi ikke, hvor mange af kvinderne i gestagenspiralgruppen, der på opfølgningstidspunktet fortsat havde spiralen i behold. Undersøgelser har vist, at kontinuitetsraten er 93%, 81% og 65% efter henholdsvis et, tre og fem år [17].

Det største problem ved kvindelig sterilisation er, at indgrebet er irreversibelt. Af de steriliserede kvinder fortryder 5-7% senere indgrebet [18, 19]. I aldersgruppen under 30 år er fortrydelsesraten helt oppe på 20% [20]. Øget risiko for fortrydelse ses blandt andet ved alder under 30, yngste barn under et år, ydre pres på kvinden i forbindelse med beslutningen, ægteskabelige eller sociale problemer samt kort ventetid på indgrebet [18]. Også kvinder, som i forbindelse med uønsket graviditet anmoder om sterilisation, har øget risiko for at fortryde indgrebet. Der skal derfor være tungtvejende grunde til at sterilisere de helt unge kvinder, som primært bør tilbydes

Tabel 1. Valg af behandling efter informationssamtale.

Behandling	Antal patienter	Pro cent	Median-alder, år
Fastholdt ønske om sterilisation	69	50	38,2
Oplagt gestagenspiral	58	43	37,6
Andre alternativer	10	7	36,3
I alt	137	100	

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

alternative metoder, ligesom sterilisation ikke bør foretages samtidig med provokeret abort.

I modsætning hertil kan en gestagenspiral fjernes når som helst, og kvinden opnår allerede i første cyklus sin fulde fertilitet.

Konklusion

Det kan konkluderes, at gestagenspiralen er et realistisk alternativ til sterilisation for mange kvinder. I vores undersøgelse blev kun halvdelen af de kvinder, der blev henvist til sterilisation, steriliseret. De øvrige fandt acceptable alternativer hertil. Vi hverken kan eller skal afskaffe kvindelig sterilisation, men undersøgelsen understreger vigtigheden af, at alle kvinder, før de får foretaget et irreversibelt indgreb, bør informeres grundigt om, at der findes alternative antikonceptionsmetoder, som er reversible, langtidsvirkende og med en præventiv effekt, som er på højde med sterilisation.

Korrespondance: *Marianne Rich Bjerger*, Kalundborgvej 61, DK-4300 Holbæk.
E-mail: bjerger@dadlnet.dk

Antaget: 16. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the US Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1161-8.
- Hendrix NW, Chauhan SP, Morrison JC. Sterilization and its consequences. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:766-77.
- Kjer JJ, Knudsen LB. Ekstrauterin graviditet efter sterilisation gennem laparoskop. *Ugeskr Læger* 1989;151:765-6.
- Schouenborg LØ. Følger efter laparoskopisk sterilisation. *Ugeskr Læger* 1995;157:6703.
- Kjer JJ. Graviditet efter sterilisation af kvinder. *Familieplanlægning* 1991; 20:7-8.
- Pedersen TK, Blaakær J. Laparoskopisk sterilisation, senkomplikationer til endokoagulationsmetoden. *Ugeskr Læger* 1995;157:6705-7.
- Dominik R, Gates D, Sokal D et al. Two randomized controlled trials comparing the Hulka and Filshie Clips for tubal sterilization. *Contraception* 2000;62:169-75.
- Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing IUD's during five years of use; a randomized comparative trial. *Contraception* 1994;49:56-72.
- Luukkainen T, Allonen H, Haukkamaa M et al. Effective contraception with the Levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception* 1987;36:169-77.
- Ronnerdag M, Odland V. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:716-21.
- Wilken-Jensen C. Sterilisation. *Ugeskr Læger* 2001;163:4556-8.
- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR et al. Tubal sterilization and long-term risk of hysterectomy: findings from the United States collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol* 1997;89:609-14.
- Stergachis A, Shy KK, Grothaus LC et al. Tubal sterilization and the long-term risk of hysterectomy. *JAMA* 1990;264:2893-8.
- Rulin MC, Davidson AR, Philliber SG et al. Long-term effect of tubal sterilization on menstrual indices and pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1993;82:118-21.
- Cohen MM. Long-term risk of hysterectomy after tubal sterilization. *Am J Epidemiol* 1987;125:410-9.
- Hindsgavl guidelines. www.DSOG.dk/hindsgavl guidelines
- Backman T, Huhtala S, Blom T et al. Length of use and symptoms associated with premature removal of Levonorgestrel-releasing intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users. *BJOG* 2000;107:335-9.
- Thranov I, Kjersgaard AG, Rasmussen OV. Fortyrdelse af kvindelig sterilisation. *Ugeskr Læger* 1987;149:2525-7.
- Børdahl PE. Long-term regret among 216 sterilized women. *Scand J Soc Med* 1985;13:41-7.
- Kjer JJ. Fortyrdelse af sterilisation. *Familieplanlægning*, 1991;20:7.

Effekten af det syntetiske cannabinoid, dronabinol, på central smerte hos patienter med dissemineret sklerose – sekundærpublikation

Læge Kristina Bacher Svendsen,
professor Troels Stæhelin Jensen &
overlæge Flemming W. Bach

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus,
Dansk Smerteforskningscenter og Neurologisk Afdeling F

Resume

Det har været diskuteret, om cannabinoider er et muligt alternativ til den nuværende smertebehandling af dissemineret sklerose (DS)-patienter. Formålet med studiet var at undersøge effekten af δ -tetrahydrocannabinol (dronabinol) på central smerte ved DS. Vi inkluderede 24 DS-patienter i et dobbeltblindt placebokontrolleret overkrydsningsstudium. Dronabinol reducerede intensiteten

af spontan smerte, *numerical rating scale* (NRS) sammenlignet med placebo (median 4,0 (25. til 75. percentil 2,3 til 6,0) vs. 5,0 (4,0 til 6,4), $p=0,02$). Set i lyset af, at central smerte er vanskelig at behandle, findes effekten klinisk relevant.

Smarter er hyppigt forekommende hos patienter med dissemineret sklerose (DS) [1, 2]. Hos ca. 33% er smerterne relateret til læsioner i centralnervesystemet (central smerte) [3].

I de seneste år har man diskuteret den mulige effekt af cannabinoider på smerter. Cannabinoider reducerer hyperalgesi og allodyn i dyremodeller af forskellige smertetyper bl.a. neuropatisk smerte [4], og resultaterne af enkelte kliniske