
Nødprevensjon - jo før, jo bedre

REDAKSJONELT

AAVITSLAND P

*Allmennlegen bør ha nødprevensjon i legevesken på vakt, for pillene er mer effektive
jotidligere de tas*

Den hyppigst benyttede metoden for antikonsepsjon etter samleie består av p-pillehormonene etinyløstradiol og levonorgestrel (henholdsvis 0,1 mg og 0,5 mg gjentatt etter 12 timer) (1). I Norge benyttes vanligvis topluss to tabletter Eugynon eller Tetragynon (2).

Metoden hindrer om lag 75% av de svangerskap som ellers ville ha oppstått (3). En ulempe er at rundt halvparten av brukerne blir kvalme og en femdel kaster opp.

De siste årene har det vært økende interesse for nødprevensjon. Metoden har vært sett på som et middel for å forebygge uønskede svangerskap (4) og en måte å utvide kvinners prevensjonsvalg (2). Verdens helseorganisasjon har ført metoden på listen over essensielle legemidler (1) og oppnevnt en gruppe for å finne frem til enda sikrere metoder for nødprevensjon. Gruppen har nå publisert to store randomiserte studier (5, 6). I den første studien (5) ble regimet ovenfor sammenliknet med levonorgestrel alene. I begge gruppene fant man en nesten lineær sammenheng mellom svangerskapsrisiko og tid etter samleie for start av behandlingen (5, 7). For hver 12 timers forsinkelse økte oddsen for svangerskap med nær 50%.

Dette funnet fra den største randomiserte studien av nødprevensjon er viktig fordi det strider mot resultatene fra tidligere mindre observasjonsstudier (3, 8) og mot råd gitt med utgangspunkt i disse (2).

Studien bør få umiddelbar betydning for praksis. Kvinnen som ringer legevakten sent om kvelden for å få nødprevensjon, må få det straks - hun må ikke lenger henvises til kontoret neste morgen. Det betyr at legevesken må inneholde et brett Eugynon. Dersom det er langt til lege eller apotek, kan kvinnen benytte p-piller som venninner ellersøstre måtte ha liggende. Alle typer p-piller kan benyttes som nødprevensjon, men i høyere antall enn Eugynon (2).

Kvinner kan ha p-piller til nødprevensjon liggende i nattbordsskuffen. Særlig gjelder det kvinner som til nå har stolt på kondom som eneste prevensjonsmiddel.

Forebyggende forskrivning fører til hyppigere bruk av nødprevensjon (men ikke gjentatte ganger), mens bruken av annen prevensjon fortsetter som før (9).

Norske helsemyndigheter har ønsket reseptfrihet for nødprevensjon, men har gitt opp å overtale produsenten Scheringtil å selge Tetragynon uten resept. Funnet i den nye studien fra Verdens helseorganisasjon bør være en spore til nyinnsats for å løse denne knuten, f.eks. ved at staten selv importerer og markedsfører nødprevensjon, som ikke er patentbelagt. Regjeringen har imidlertid ikke nevnt nødprevensjon med ett ord i den nye handlingsplanen mot uønskede svangerskap (10).

De to studiene i regi av Verdens helseorganisasjon viser at de nye regimene er mer effektive og har færrebivirkninger enn det gamle. Levonorgestrel 0,75 mg alene gitt to ganger med 12 timers mellomrom med start innen 72 timer etter samleie forhindret 85% av de forventede svangerskapene (95% dersom behandlingen startet innen 24 timer, 58% hvis den starter 48-72 timer etter samleie) (5). En dose mifepriston 10 mg var også 85% effektivt dersom den ble gitt innen 120 timer etter samleie (6). Denne effektiviteten var ikke tidsavhengig. De nye regimene førte til kvalmehos bare rundt 20% av brukerne, og svært få kastet opp.

En randomisert studie av disse to regimene pågår nå. Uavhengig av denne bør begge snarest bli tilgjengelige ipassende pakninger i Norge. (Levonorgestrel er allerede tilgjengelig, men det trengs 25 pluss 25 tabletter Microlutonafor å oppnå stor nok dose). Ettersom nødprevensjon er lite lønnsomt for legemiddelindustrien, er det også her nødvendig med utradisjonelle løsninger fra myndighetenes side for å få implementert et medisinsk fremskritt som forbedrer kvinners selvbestemte prevensjonsvalg og kan redusere antallet uønskede svangerskap.

Preben Aavitsland

Preben Aavitsland (f. 1963) er fagredaktør i Tidsskriftet og driver prevensjonsveiledning ved Klinikk for seksuell opplysning i Oslo

LITTERATUR

1. Glasier A. Emergency postcoital contraception. N Engl J Med 1997; 337: 1058-64.
2. Aavitsland P. Metodebok 1997-98. Oslo: Klinikk for seksuell opplysning, 1996.
3. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Fam Plann Perspect 1996; 28: 58-64.
4. Iversen O-E, Nesheim B-I. P-pille som postkoital prevensjon - på tide med reseptfritak. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 663-7.
5. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352: 428-33.
6. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. Lancet 1999; 353: 697-702.
7. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Lancet 1999; 353: 721.
8. Trussell J, Ellertson C, Rodriguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? Obstet Gynecol 1996; 88: 150-4.
9. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N Engl J Med 1998; 339: 1-4.
10. Sosial- og helsedepartementet. Forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.

Publisert: 30. april 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

