

Disposition til guidelines

Titel

Nødprævention

Forfattere:

Forfatter: Kresten R. Petersen, Referent: Anne Dreisler

Korrespondance:

[Kresten R. Petersen . krp@tdcadsl.dk](mailto:krp@tdcadsl.dk)

Arbejdsgruppens medlemmer

Lars Franch Andersen
Marianne Bjerge
Anne Dreisler
Eva Dreisler
Peter Helm
Øjvind Lidegaard
Vibeke K. Lysdahl
Kresten Rubeck Petersen (tovholder)
Marie Storkholm
Steen Walther

Status

Første udkast: Juni 2009
Diskuteret på Hindsgavl dato:
Korrigeret udkast dato:
Endelig guideline dato
Guideline skal revideres seneste dato: 2012

Nærværende guideline erstatter tidligere guideline om samme emne fra 2003

Indholdsfortegnelse:

Indledning:	side 1
Resumé af evidens	side 2
Resumé af kliniske rekommandationer	side 3
Litteratur søgningsmetode:	side 3
Appendiks	side 3
Referencer:	side 5

Indledning:

Baggrund:

Det er uvist, hvor mange uønskede graviditeter, der forebygges ved hormonal nødprævention, men der sælges ca 80.000 pakninger årligt (2008). Da effektiviteten er ca 75%, bidrager anvendelsen af nødprævention sandsynligvis til at udgå et betydeligt antal uønskede graviditeter.

Definitioner:

Nødprævention (Eng. Emergency contraception): Betegnelse for postcoital svangerskabsforebyggende metode, der anvendes efter ubeskyttet samleje eller i tilfælde, hvor der har været mistanke om svigt af anden metode

Afgrænsning af emnet:

I det følgende omtales udelukkende anvendelsen af gestagenet levonorgestrel samt kobberspiral. Øvrige hormonelle metoder, der kan anvendes som nødprævention, men som ikke er registreret hertil, omtales ikke.

Problemstilling

Hvornår kan kvinden tilbydes nødprævention og hvilken af de to metoder:

Kobber IUD

eller

Levonorgestrel 1,5 mg

skal anbefales ?

Resumé af evidens**Kobberspiral:**

- Kobberspiral oplagt indtil 5 dage efter det formodede ovulationstidspunkt har en effektivitet på 99 % (IIa).

Levonorgestrel:

Behandlingen bør startes indenfor 72 timer efter eksposition, men der er beskrevet effekt i også i intervallet 72-120 timer (IIa).

Indenfor de første tre døgn er der en samlet effektivitet på ca 75% (IIb)

- Effektiviteten er størst hvis behandlingen startes hurtigst muligt efter ekspositionen. (Ib).
- Forekomsten af bivirkninger er mindst ved levonorgestrel alene (Ib).
- Efter hormonal nødprævention forrykkes tidspunktet for næste menstruation med mere end tre dage hos ca. halvdelen. Forskydningen kan gå i begge retninger (Ib).
- Der er ingen absolutte medicinske kontraindikationer mod hormonal nødprævention (IV).

Resumé af kliniske rekommandationer

Der bør oplægges spiral, hvis kvinden er motiveret for denne metode som langsigtet kontraception og skønnes egnet hertil	D
Spiralen kan anvendes i op til 5 døgn efter det formodede ovulationstidspunkt	B
Ved hormonal nødprævention startes behandlingen hurtigst mulig indenfor de første 72 timer	A
Behandlingen kan gives op til 5 døgn efter ekspositionen, men effektiviteten vil da være reduceret	B
Der gives 1,5 mg levonorgestrel som engangsdosis	A
Hvis kvinden kaster op indenfor tre timer efter tabletindtagelsen bør behandlingen gentages	D
Hvis der er behov for det kan hormonal nødprævention anvendes flere gange i samme cyklus	D
Graviditet er eneste absolute kontraindikation mod hormonal nødprævention, men hvis kvinden har aktuel tromboembolisk lidelse, aktiv leverlidelse eller svær migræne med fokalt præg bør man nøje overveje muligheden for oplægning af spiral	D
Uanset hvilken metode, der anvendes, skal kvinden informeres om at foretage graviditetstest ca. 2 uger efter næste forventede menstruationstidspunkt. Hvis der er anvendt hormonale metoder, skal hun ligeledes tilrådes lægekontakt m.h.p sikker kontraception	D

Litteratur søgningsmetode:

Litteratur søgning (pub-med) afsluttet dato: Juni 2009

Appendiks:

Nødprævention eller post-coital kontraception omfatter metoder, der tilstræber at forhindre graviditet efter ubeskyttet samleje, svigt af anden prævention eller seksuelle overgreb. Hormonal nødprævention udgøres i Danmark udelukkende af gestagen metoden, hvor der gives 1,5 mg Levonorgestrel som engangsdosis. Præparatet fås i håndkøb. Tidligere anvendtes også det såkaldte Yupze regime der bestod af 0,1 mg ethinylestradiol (EE) og 0,5 mg af gestagenet levonorgestrel (LNG) givet 2 gange med 12 timers første gang senest 72 timer efter ubeskyttede samleje.

Andre p-pille- eller gestagenpræparater med et hormonindhold, der er sammenligneligt med de nævnte, kan sandsynligvis anvendes som nødprævention, men dokumentation herfor savnes. På længere sigt vil mifiproston, der har vist sig særdeles effektivt som post-coital kontraception, muligvis kunne finde praktisk anvendelse som nødprævention (1).

Kobber-spiral opsat i indtil 6 dage efter det formodede ovulationstidspunkt giver en større sikkerhed end de aktuelt tilgængelige hormonale metoder og yder samtidig svangerskabsbeskyttelse på længere sigt .

Virkningsmekanisme.

De fleste studier af de mulige virkningsmekanismer ved disse metoder er udført på den kombinerede behandling, men de antages også at være gældende ved behandling med LNG alene. Undersøgelsesresultaterne er ikke altid overensstemmende og det er sandsynligt, at et samspil af de enkelte faktorer er påkrævet for at behandlingen er effektiv. Hvis behandlingen gives før ovulationen, sker der en påvirkning af den hypofysære gonadotropinsekretion. Det kan forsinke eller eventuelt forhindre ovulationen og herigennem også påvirke corpus luteum funktionen, der også kan påvirkes, hvis behandlingen gives efter ovulationstidspunktet. Det er uklart om en sådan påvirkning i sig selv har nogen betydning for metodens effektivitet, men ved behandling efter ovulationstidspunktet sker der en påvirkning af den modningsproces i endometriet, der er nødvendig for at implantationen kan finde sted. Der er ingen holdepunkter for at tubafunktionen eller selve fertiliseringsprocessen påvirkes og da flere undersøgelser tyder på at effekten er størst hvis behandlingen gives før ovulationstidspunktet er der næppe tvivl om at ovulationshæmningen har størst betydning for metodens effektivitet (2,3,4,5). Behandlingen påvirker ikke udviklingen af et allerede implanteret embryo, og ved en løbende registrering af børn født efter svigt af hormonal nødprævention, er der ikke påvist øget forekomst af medfødte misdannelser (6) (III). Der er således ikke grundlag for at tilråde abort efter svigt af nødprævention (c).

Virningen ved kobber spiral anvendt som nødprævention antages primært at bero på implantationshæmning.

Effektivitet.

Angivelser af effektiviteten af nødprævention er i sagens natur usikre, da de ikke kan baseres på kontrollerede randomiserede forsøg, men på en vurdering af forholdet mellem det observerede og det forventede antal graviditeter. Angivelserne for gestagenmetoden anvendt indtil 72 timer efter eksposition varierer mellem 59 og 94% (Ia) (4). De fleste undersøgelser tyder på at effektiviteten er størst, hvis behandlingen gives indenfor det første døgn, men der er holdepunkter for at der er effekt i op til 5 døgn (3,4,8) (IIa).

Effektiviteten af kobberspiral oplagt indtil 6 døgn efter det formodede ovulationstidspunkt angives at ligge på 99 % (3) (IIa).

Bivirkninger.

Kvalme, opkastninger hovedpine og brystspænding er de hyppigste bivirkninger ved hormonal nødprævention. De er oftest lette og fuldt reversible. Ved opkastning indenfor 3 timer efter indtagelsen bør dosis gentages.

Tidspunktet for næste menstruation kan påvirkes af hormonal nødprævention; det er således fundet at lidt over halvdelen af kvinderne får menstruation indenfor 3 dage i forhold til det forventede, hos 15% kommer den mere end 3 dage tidligere og hos de resterende mere end 3 dage senere, heraf mere end 7 dage forsinket hos 13 % (7) (Ib).

Kontraindikationer.

En stor del af de kontraindikationer, der eksisterer for p-piller, tager sigte på at forebygge tromboemboliske komplikationer. Kendskabet til forekomsten af sådanne lidelser hos brugere af hormonal nødprævention er sparsomt. Der er ikke rapporteret tilfælde i USA, og i Storbritanien er der indtil 1996 indberettet tre tilfælde af venøs trombose (heraf et fatalt) og tre tilfælde af cerebral trombose ud af ca 4 millioner behandlinger med Yupzes regime (3) (III). I ingen af disse tilfælde var forbindelsen til behandlingen entydig og der er ikke publiceret epidemiologiske undersøgelser, der

tyder på at anvendelse af hormonal nødprævention skulle være forbundet med øget risiko for trombose (2,3,7).

Der er ikke rapporteret trombose tilfælde efter nødprævention med gestagen alene. Ifølge såvel World Health Organisation som International Planned Parenthood Federation (IPPF) er graviditet den eneste absolutte kontraindikation mod hormonal nødprævention (2,3) (d).

Praktisk anvendelse af nødprævention.

Hvis kvinden ikke er indstillet på at anvende spiral og behandlingen kan påbegyndes indenfor de første 5 døgn bør der tilbydes behandling med 1,5 LNG. Hvis der har været cyklusuregelmæssigheder forud for henvendelsen eller der af anden årsag kan være mistanke om graviditet, bør dette udelukkes før behandlingen startes (d).

Kvinden informeres om mulige bivirkninger og at tidspunktet for den næste menstruation kan forrykkes. Hun informeres om vigtigheden af at anvende kontraception resten af indeværende cyklus, men bør samtidig opfordres til at komme igen, hvis der atter skulle optræde svigt, for selvom det anbefales at metoden kun anvendes en gang i hver cyklus, synes der ikke at være dokumentation for væsentlige bivirkninger ved gentagen behandling (d). Der aftales kontrolbesøg ca. 2 uger efter forventet menstruationstidspunkt med henblik på graviditetstest og diskussion af fremtidig kontinuerlig kontraception. Kvinden kan påbegynde p-pillebehandling ved første menstruation efter nødprævention, men graviditetstest må tilrådes under alle omstændigheder.

Selvom der ikke er absolutte medicinske kontraindikationer mod hormonal nødprævention, må man tilråde spiral hvis kvinden har aktuel tromboembolisk lidelse, leversygdom eller svær migræne med fokalt præg.

Oplægning af spiral bør også overvejes hos kvinder, der i øvrigt kunne være motiverede for denne kontraceptionsform, ligesom den kan oplægges, hvis tidsfristen for de hormonale metoder er overskredet. Hvis kvinden i et sådant tilfælde ikke ønsker at fortsætte med metoden kan spiralen fjernes efter næste menstruation.

Referencer

- 1). Ashok PW, Stalder C, Wagaarachchi PT, Flett GM, Melvin L, Templeton A. A randomised study comparing a low dose of mifepristone and the Yuzpe regimen for emergency contraception . Br J Obstet Gynaecol 2002; 109: 553-60
- 2). LaValleur J. Emergency contraception. Obstet Gynecol Clin North America 2000;27:817-39.
- 3). Glaiser A. Emergency Postcoital Contraception. N Engl J Med 1997;337:1058-64.
- 4). Trussell J, Raymond E. Emergency contraception: a last chance to prevent pregnancy. October 2008. Accessed March 24, 2009 at <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>.
- 5) Novikova N, Weisberg E et al: Effectiveness of levonorgestrel contraception given before or after ovulation – a pilot study. Contraception 2007;75:112-28
- 6). Cardy CG. Outcome in pregnancies after failed hormonal postcoital contraception: an interim report. Br J Fam Plann 1995;21:112-5.
- 7). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;352:428-33.

8). Rodriues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531-7.

9. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999; 59:79-83.