



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Innehållsansvarig:

Caroline Lilliecreutz, Överläkare

Godkänd av:

Verksamhetscheferna i sydöstra sjukvårdsregionen

Giltigt fr o m:

2021-05-25

Preventivmedelsrådgivning

Instruktioner för preventivmedelsrådgivning

Gemensamma riktlinjer i sydöstra sjukvårdsregionen

Grunderna och principerna för preventivmedelsrådgivning och förskrivning bygger på rekommendationer från Läkemedelsverkets skrift Antikonception – behandlingsrekommendation (2014). <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>

Barnmorskan ansvarar självständigt för rådgivning och förskrivning av preventivmedel till friska kvinnor i födelsekontrollerande syfte.

Målsättningen är att ge kvinnan/paret en noggrann information om alla preventivmedelsmetoder som finns, deras för- och nackdelar så att kvinnan/paret kan göra bra och passande val. Varje förskrivare ansvarar själv för att hålla sig uppdaterad angående det aktuella kunskapsläget vad gäller olika preventivmedelsmetoder.

Långverkande preventivmedel har högre följsamhet än till exempel kombinerade p-piller. De kan därför med fördel förskrivas till alla kvinnor inklusive unga kvinnor som ofta har svårt med följsamheten vid p-pilleranvändning. Även kontinuerlig användning av kombinerad metod bör uppmuntras.

Så kallad ”Kvickstart”, kan tillämpas på alla preventivmetoder, det vill säga när som helst under menstruationscykeln. Om användningen inte påbörjas under de allra första mensdagarna bör kondom användas under en vecka och ett gravtest utföras efter några veckor. Om akut p piller använts i samband med kvickstarten skall kondom användas 14 dagar.



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Barnmorskan bör diskutera med eller hänvisa till läkare i följande fall:

- Vid osäkerhet i medicinsk bedömning eller osäkerhet om lämpligt preventivmedelsval. I de allra flesta fall kan kvinnan stå kvar på insatt behandling fram till läkarbedömning.
- Vid osäkert eller onormalt undersökningsfynd
- Vid nytillkomna oklara symptom
- Vid misstanke om allvarlig biverkan av preventivmedelsmetoden
- Vid förekomst av komplicerande sjukdom eller vid långvarig medicinering t.ex. diabetes, obesitaskirurgi tex gastric by pass och epilepsi
- Vid fetma (BMI \geq 30)– och/eller blodtryck $>140/90$ (som konfirmerats efter vila i 15 minuter) vid önskan om kombinerad hormonell metod
- Rökande kvinnor över 35 år som önskar kombinerade hormonella metoder
- Kvinnor över 40 års ålder som önskar förstagångsförskrivning av kombinerad hormonell metod
- Vid amenorré
- Vid förändrat blödningsmönster eller blödningar efter amenorré av Depoprovera eller hormonspiral
- Vid annan indikation än antikonception, exempelvis dysmenorré
- Vid pågående eller tidigare leversjukdom vid önskemål om hormonell metod



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

A. Rutinåtgärder vid preventivmedelsrådgivning

Journal

Journal *skall* föras på samtliga patienter vid *varje* kontakt och *varje* åtgärd *skall* journalföras.

Anamnes

Noggrann anamnes är avgörande för medicinsk handläggning och god rådgivning.

Provtagning

Blodtryck, vikt och BMI (Body Mass Index). Klamydia-/gc-odling erbjuds alla. Tänk särskilt på kvinnor under 30 års ålder och speciellt efter partnerbyte.

Gynekologisk undersökning

Hos unga kvinnor eller kvinnor utan besvär behövs inte gynekologisk undersökning rutinmässigt undantaget inför spiralinsättning, utprovning av pessar eller om det är tidpunkt för cytologprovtagning. Om undersökning inte genomförs, erbjud klamydia-/gc-provtagning med självprovtagning (vaginalprov).

Besök med provtagning (enl. ovan) skall ske årligen de första två åren. Härefter kan besöken glesas ut till vart annat år för kombinerade metoder och var tredje år för gestagena metoder. Däremellan, hos friska kvinnor, kan uppdatering av anamnes och receptförskrivning ske telefonledes eller digitalt.

B. Kombinerad hormonell antikonception

(innefattar kombinerade p-piller, p-plåster och vaginal p-ring)

Kombinerade hormonella metoders verkningsmekanism är hämning av ovulation, påverkan på cervixsekret och endometriet. Detta innebär en hög säkerhet vid korrekt användning och ostörd absorption och metabolism.

För p-piller med estradiol istället för etinylestradiol gäller samma indikationer/kontraindikationer.

Kombinerade p-piller

Förstahands val av kombinerade p-piller är lågdoserade p-piller med levonorgestrel enligt REK-listan. Om kvinnan ej tolererar dessa preparat, eller om förskrivaren bedömer att annat preparat har större möjlighet att ge god följsamhet i behandlingen kan annat preparat väljas. Vid förstagångsförskrivning av p-piller ska uppföljning ske efter 3-6 månader och blodtryck kontrolleras, men recept kan skrivas direkt för 1 år. Om annat kombinerat p-piller än det som rekommenderas enligt REK-listan förskrivs, journalförs en motivering.

Om ett blodtryck > 140/90 normaliseras efter vila i 15 minuter kan det betraktas som normalt och föranleder inte läkarbedömning.

Kvinnor med fetma har en klart ökad risk för venös tromboembolism. Vid BMI ≥ 30 skall inte kombinerade metoder nyförskrivas. Om BMI ≥ 30 hos kvinna som redan står på kombinerad metod, skall byte till annan metod diskuteras och förordas. Om kvinnan trots detta önskar fortsätta med sin metod kan recept förskrivas för 6 mån efter bedömning av läkare, viktnedgång rekommenderas och ett återbesök planeras för viktuppföljning. Om hon vid nästa kontroll ökat ytterligare i vikt, ska annan metod väljas.

Risken för trombos är störst hos nya användare under det första året och allra högt under de tre första månaderna. Efter ett uppehåll på mer än fyra veckor återkommer den förhöjda risken vid nystart. Viktigt att undvika onödiga uppehåll. Vid förskrivning av kombinerad hormonell antikonception bör information



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

ges angående tecken på djup ventrombos (symtom från underbenen samt lungorna). Vidare skall man informera om att kvinnan vid kontakt med sjukvården skall berätta att hon använder kombinerad hormonell antikonception. Informera även om att man vid immobilisering samt inför operation rekommenderas tillägg av trombosförebyggande behandling alternativt utsättning av kombinerad hormonell antikonception.

Patientens ålder

Kombinerade p-piller kan förskrivas till unga flickor även om menssen ej är helt regelbunden. Friska normalviktiga kvinnor som inte röker kan fortsätta med sina kombinerade p-piller till 50 års ålder. OBS! Rökande kvinnor >35 år skall inte använda kombinerade metoder utan rekommenderas annan preventivmedelsmetod.

Blödningsrubbningar före p-piller

Oligomenorré utgör inget hinder för p-piller förskrivning. Vid primär amenorré eller > än tre månaders mensuppehåll (sekundär amenorré) skall läkare konsulteras. Tag dock alltid graviditetstest innan.

Blödningsrubbningar under p-piller behandling

Utebliven blödning i två cykler, tag gravtest. Om negativt kan kvinnan fortsätta med sina p-piller. Om blödning trots allt önskas kan man byta till mer östrogenprofilerat piller.

15-30% av alla användare får dock amenorré även med östradiolprofilerat p-piller

Mellanblödningar är vanliga på lågdospreparat. Förekommer i 10-15% av alla cykler. Risken är större vid oregelbundet tablett intag samt de första månadernas behandling. Tag chlamydiaprov. Om blödningarna ej försvinner kan man byta till annat preparat.

Genombrottsblödningar; fortsatt med kartan, gör inget uppehåll. Glömska, annan medicinering, kräkningar eller diarré kan påverka hormonupptaget och ökar risken för blödningar. Olaga blödningar hos kvinnor >40 år till läkare.

Tablettuppehåll och kontinuerlig användning

Ett flertal studier har påvisat ökad effektivitet med kort tablett uppehåll eller inget uppehåll alls. Således kan 24/4 regim (ex Yaz® eller Zoely®) i vissa fall förordas till exempel vid menstruationsrelaterade besvär eller behov av högre effektivitet.

Om kvinnan så önskar kan ett annat alternativ vara att helt hoppa över det tablettfria intervallet och använda flera kartor i rad. Detta skall göras med monofasiskt piller. Det finns ingen övre begränsning i antalet "kartor" hon kan använda utan blödningsmönstret kan styra. Kvinnan fortsätter fram till dess att en eventuell genombrottsblödning uppträder. Hon gör då ett uppehåll om lämpligtvis 4 dagar (max 7) och påbörjar sedan åter användningen av sin metod. Efter varje tablettuppehåll måste en hela karta (21 st) användas för att bibehålla skyddet mot oönskad graviditet .

Glömd tablett

Se www.fass.se

Andra metoder med kombination östrogen/gestagen

Vaginalring och p-plåster skiljer sig inte från kombinerade p-piller avseende verkningsmekanism och biverkningsprofil och skall handläggas på samma sätt som kombinerade p-piller. Båda metoderna kan ha fördelar vad avser följsamhet. Likaså kan de vara en fördel vid misstänkta absorptionsstörningar. Data talar för att blödningskontrollen med Nuvaring möjligtvis kan vara något bättre än med kombinerade p-piller. Skillnaderna är dock små.

Kontraindikationer mot kombinerade p-piller/plåster/ringar

Kombinerade p-piller bör ej förskrivas till kvinnor med tillstånd som kan innebära ökad trombosrisk det vill säga till kvinnor som har:



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

- Anamnes på eller hereditet för djup ventrombos hos föräldrar eller syskon
- Anamnes på artärtrombos
- Känd koagulationsdefekt hos kvinnan, föräldrar eller syskon
- Sjukdom i hjärtklaffarna som innebär ökad trombosrisk
- Anamnes på cerebrovaskulär sjukdom eller myocardsjukdom
- Uttalade varicer som kan innebära nedsatt venöst återflöde
- Övriga tillstånd t.ex. omfattande kirurgi eller långvarig immobilisering
- Inflammatorisk tarmsjukdom (Ulcerös Colit, Mb Crohn)
- Migrän med aura

Tillstånd som kan förvärras av kombinerade p-piller och där annan preventivmetod skall användas:

- Akut intermittent porfyri
- Pågående leversjukdom
- SLE

Bröstcancer

Kvinnor med förstegradssläkting med bröstcancer, med eller utan påvisad bröstcancer, kan använda **alla** preventivmetoder. Kombinerad hormonell metod är att föredra framför gestagen metod eftersom det även skyddar mot ovarialcancer.

Kvinnor som **själva har haft bröstcancer** skall inte använda någon hormonell antikonception.

Benigna bröstförändringar är i sig inget skäl att avråda från hormonell antikonception.

Arteriell hjärt-kärl sjukdom hos förstegradssläkting

Manlig förstegradssläkting med arteriell hjärt-kärl sjukdom före 55 års ålder eller kvinnlig förstegradssläkting med arteriell hjärt-kärletsjukdom före 65 års ålder är som enskild riskfaktor utgör ej en kontraindikation mot kombinerade p-piller. I kombination med annan riskfaktor för hjärtkärl sjukdom (tex rökning, obesitas, ålder, diabetes etc) skall detta beaktas och läkare rådfrågas.

Tillstånd som innebär ökad kontroll av kvinnan och där barnmorskan bör hänvisa till läkare innan förskrivning av kombinerade p-piller:

- Hyperlipidemi
- Hypertoni
- Obesitas, dvs BMI ≥ 30 (se s 3 i detta PM)
- Diabetes mellitus
- Epilepsi (se speciellt avsnitt i detta PM)
- Kronisk leversjukdom
- Amenorré hos kvinnor som ej varit gravida

Biverkningar är vanligt och försvinner i de flesta fall efter 2-4 månaders behandling. Om biverkningarna kvarstår kan annat preparat provas.

Biverkningsmönster vid kombinerad hormonell antikonception

| Östrogena biverkningar | Gestagena biverkningar |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Illamående | Aptitökning |
| Bröstspänningar | Trötthet |
| Odem | Nedstämdhet |
| Ökad flour | Minskad libido |
| Ökad pigmentering | Fett hår |
| Huvudvärk | Acne |
| Vadkramper | Torra slemhinnor |
| | Stänklödning |
| | Amenorré |



Region

Östergötland

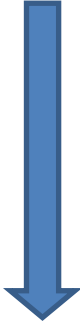


Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

| | Östrogen µg/dag | Gestagen µg/dag | Östrogendominant |
|---|-----------------|------------------|---|
| Diane | 35 | 2000 CPA |  |
| Yasmin, Rosal | 30 | 3000 DRSP | |
| Desolett | 30 | 150 DSG | |
| Amorest | 35 | 250NGM | |
| Yasminelle, Daylette | 20 | 3000 DRSP | |
| Synfase | 35 | 500-1000-500 NET | |
| Trinovum | 35 | 500-750-1250 NET | |
| Mercilon | 20 | 150 DSG | |
| Trionetta | 30-40-30 | 50-75-125 LNG | |
| Neovletta, Abelonelle, Leverette, Prionelle | 30 | 150 LNG | |
| | | | |

CPA=Cyproteron, DRSP= Drospirenon, DSG=Desogestrel, NGM = norgestimat, LNG= levonorgestrel

C. Gestagena preparat

Gestagena preparat indelas i lågdoserade, medelhögt doserade och högdoserade. Verkningsmekanismer och biverkningar skiljer sig delvis mellan de olika grupperna beroende på tillförd dos.

Gestagena metoder påverkar blödningsmönstret hos en övervägande del av användarna vilket är mycket viktigt att påpeka vid rådgivningen.

Med ökande ålder ökar andelen kvinnor som får amenorré med gestagen metod. Besvärsfri kvinna med amenorré eller oförändrat blödningsmönster kan fortsätta med sin metod fram till ca 52 års ålder varefter utsättning görs. Läkare behöver inte konsulteras.

C1. Lågdoserade gestagena metoder - Minipiller

Minipiller innebär en oral daglig låg dos gestagen och verkar framför allt genom effekter på cervixsekret och endometriet. Ovulationshämmning sker hos endast knappt hälften kvinnorna. Detta medför ett mindre effektivt graviditetsskydd än kombinerade p-piller. Minipiller är ett bra preventivmedel för ammande kvinnor, lite äldre kvinnor och kvinnor som inte kan eller vill använda kombinerade p-piller.

Viktigt att informera om blödningsrubbningar. Utöver genomgången bröstcancer finns inga absoluta kontraindikationer för minipiller eftersom dessa har obetydliga effekter på blodtryck och trombos risk.

Blödningsrubbningar

Mer än 1/3 av alla användare får någon form av blödningsrubbning, vanligen en förkortning av menscykeln. 10-15 % av kvinnorna får amenorré. Frekvensen användare med amenorré ökar med användarens ålder. Blödningsmönstret brukar inte förändras efter längre tids användning.

Utebliven bortfallsblödning

Vid amenorré med mini-piller bör graviditets-test tas efter 60 dagar och därefter vid ytterligare ett tillfälle. Om negativa test har behandlingen sannolikt inducerat anovulation och atrofi av endometriet och kvinnan har ett säkert skydd.

Glömd tablett

Glömskeperioden är 3-6 timmar från den tid kvinnan brukar ta sin tablett. Denna korta glömske marginal gör metoden mindre lämplig för kvinnor med oregelbunden livsföring, ex skiftarbetare. Om tiden överstiger 30 timmar mellan två piller bör kompletterande skydd användas till nästa blödning kommer. Om kvinnan haft samlag under denna tidsrymd utan kompletterande skydd bör akut preventivmedel rekommenderas.

C2. Medelhögt doserade gestagena metoder

Medelhögt doserade gestagena metoder erbjuder hög antikonceptionell säkerhet utan kända långtidsrisker. Ingen påverkan på bentäthet ses.

Mellanpiller

Mellanpiller innebär en högre tillförd dos än konventionella minipiller. Detta medför att anovulation inträder hos ca 97-99 % av alla användare och därför är det jämförbart med kombinerade p-piller avseende graviditetsskydd och glömskemarginal. Inget tablettuppehåll görs. Vanligaste biverkan är påverkan på blödningsmönstret. Andelen användare med amenorré ökar med användningstiden.

Implantat

För att minimera bekymmer vid insättning och uttag och säkerställa att staven sitter rätt skall insättning/uttag enbart utföras av barnmorska eller läkare som fått erforderlig utbildning för detta. Palpera alltid p-staven tillsammans med kvinnan efter insättning och notera det i journalen.

Metoden har hög säkerhet och tolereras väl. I stort sett samtliga kvinnor kan förvänta sig ett förändrat blödningsmönster med antingen amenorré (ca 25 %) eller glesare, mer sparsamma blödnings. Ca 10 % av

alla användare får mer frekventa och rikligare blödningar.

Insättning sker helst i cykeldag 1-5 men kvickstart kan användas- se s 1. Om kvinnan står på kombinerade p-piller insättes Nexplanon med fördel under den hormonfria veckan. Skall byte ske från hormonspiral eller mini-piller kan bytet ske när som helst.

Patienten har då ett säkert skydd fr.o.m insättningen.

Uttag: Skall göras av barnmorska/läkare enl. ovan max 3 år efter insättningen. Om p-stav inte återhittas skall patienten hänvisas till läkare för bedömning. P-staven (Nexplanon®) innehåller en liten mängd bariumsulfat vilket gör att den syns vid konventionell röntgenundersökning. Om bilddiagnostik inte återfinner staven kan man utföra analys av etonogestrel i serum.

C3.Högdoserad gestagen P-spruta

Depo-Provera® innehåller 150 mg medroxyprogesteronacetat och ges intramuskulärt var tredje månad vilket ger fullständig hämning av ovulationen och är därför högeffektivt. Första injektionen ges helst dag 1-5 i menscykeln, men kvickstart kan användas se s 1. P-sprutan har i flertalet fall längre effekt än tre månader vilket kan betyda att fertiliteten återkommer långsamt 6-9 månader efter sista sprutan. Så gott som alla kvinnor får blödningsrubbningar med oregelbundna och oförutsägbara blödningar. Inom ett år har hälften av kvinnorna amenorré.

Om ett injektionstillfälle förskjuts mer än 4 veckor (dvs. 4 månader mellan injektionstillfällena) ges ny injektion på sedvanligt sätt och kvinnan rekommenderas lämna ett graviditetstest 3 veckor efter injektionen.

Ett flertal studier har visat att den totala hämning av hypofys och ovarier som sker vid Depo-proverabruk, och de låga östrogennivåer som blir följderna kan påverka skelettets mineralisering. Dock verkar denna återhämta sig när kvinnan slutat. Långtidseffekterna för unga användare är dock fortfarande oklara Depo-provera bör därför endast i undantagsfall förskrivas till unga kvinnor (<20 år). Depo-provera är dock inte kontraindicerat till unga kvinnor. Det finns patientgrupper för vilka detta är det optimala preventivmedlet och förskrivning av läkare eller barnmorska kan ske efter individuell bedömning i det enskilda fallet.

Blödningsrubbning

Kvinnor som varit amenorroiska mer än ett år som ånyo får blödning skall remitteras till läkare.

Det finns inga belägg för att injektioner tätare än var 3:e månad ger mindre blödningsrubbningar.

Utglesning av injektioner till kvinnor > 40 år

Då Depo-Provera är en högdoserad metod har utglesning av injektionerna till äldre kvinnor diskuterats. Inga kontrollerade studier finns avseende detta men många har rapporterat att följande utglesningsschema fungerar väl hos kvinnor som redan använder p-spruta:

40-45 år Injektion var 4:e månad

46-48 år Injektion var 5:e månad

49-51 år Injektion var 6:e månad

≥52 år sluta

Hos kvinnor som påbörjar behandling med p-spruta > 40 år görs utglesning efter c:a 2 år.

Om kvinnan under utglesning återfår menstruationer kan man återgå till närmast föregående fungerande intervall av injektioner. Om symtomen trots detta kvarstår efter 3 månader skall bedömning hos läkare göras.

D. Intrauterina inlägg (spiral)

Spiral kan rekommenderas till i stort sett alla kvinnor oavsett tidigare graviditet eller ej.

Även yngre kvinnor kan använda spiral om man bedömer att insättning är realistisk.

Spiraler kan sättas in när som helst under menscykeln bara man med rimlig säkerhet kan utesluta graviditet. Insättning av spiral på annan tid än strax efter mens bör följas upp med graviditetstest inom 3-4 veckor.

Informera om biverkningar och risker med spiral så att kvinnan kan göra ett medvetet val.

Infektion efter spiralinsättning är en känd men ovanlig komplikation. Ca 6 av 1000 kvinnor som använder spiral får en infektion under 1 års tid dvs 0,6%. I samband med spiralinsättning ges ingen rutinmässig antibiotikabehandling då det skulle leda till en allt för stor överanvändning. Pågående infektion skall i möjligaste mån uteslutas och vid misstanke om infektion skall spiral inte sättas in. Pat skall uppmuntras att ta hemklyamydiatest innan insättning. I de fall sådant test inte är taget, eller annat nyligen taget klyamydiaproov inte finns, skall klyamydiatest tas i samband med spiralinsättningen och behandling vid ev pos klyamydiatest inledas snarast. Insättning av spiral får ej fördröjas.

För säker insättning bör tång sättas på portio och uterus kaviteten sonderas innan insättning. Rekommenderat sondmått är 6-10cm eller enligt individuell bedömning. Perforation av uterus vid spiralinsättning förekommer i ca 0,16%. Under laktationsamenorré eller kort tid efter förlossningen ökar förekomsten av perforation till 0,45% och spiralinsättningen ska ej utföras av student under den perioden. Om en kvinna vid spiralinsättning upplever en onormalt kraftig smärtreaktion ska barnmorskan/läkaren försäkra sig om att spiralen sitter på rätt plats i livmodern och utesluta perforation till fri bukhåla.

Cytotec kan vara gynnsamt inför spiralinsättning vid trång cervix, där man kan förvänta sig svårighet vid insättningen. Insättningen upplevs ofta som enklare av insättaren medan kvinnans skattningar av insättningen inte blir bättre.

Två tabletter Cytotec (totalt 400mcg) kan tas per oralt eller vaginalt ca 3h innan spiralinsättningen. Observera dock att cytotec kan framkalla uteruskontraktioner, illamående och diarré och metoden bör användas selektivt.

Vid graviditet skall spiralen så fort som möjligt avlägsnas oavsett om kvinnan skall fullfölja graviditeten eller ej och tid bokas till kvinnokliniken senast inom 1 vecka. Vid graviditet med spiral finns en ökad risk för extrauterin graviditet och vid tecken på det (blödningar, smärta) skall tid bokas på kvinnokliniken direkt.

Kvinnor med spiral som ej fås ut bokas till läkare i första hand med information om att lokalbedövning ev kommer att läggas.

Hormonspiral

Hormonspiral är i första hand en gestagen metod vilken förhindrar proliferation av endometriet och gör cervix sekretet mindre genomträngligt för spermier. I och med detta minskar också risken för infektion som därför är mindre än med vanlig kopparspiral.

Fyra olika hormonspiraler finns, två mer "högdoserade", Mirena® (6 år) och Levosert® (6 år) och två med mindre mängd gestagen, Jaydess® (3 år) och Kyleena® (5 år). Förstahandsvalet för hormonspiral är Mirena® eller Levosert®.

Jaydess och Kyleena är något mindre, kan ge en enklare insättning men ger inte i lika hög utsträckning amenorré. Däremot är trenden mot minskande blödningsmängd densamma som för Mirena. Jaydess och Kyleena kan ha fördelar för unga kvinnor, kvinnor som är "mellan graviditeter" samt för kvinnor som tidigare upplevt gestagena bieffekter. Kyleena är nyast och därför inte lika väl studerad avseende

blödningsmönster men bedöms med nuvarande kunskap likvärdig Jaydess.

Med Mirena har, den totala blödningsmängden efter 12 månader minskat med 80-90 %. Amenorré utvecklas hos ca 25 % av kvinnorna och efter >5 års bruk har 50 % amenorré. Spiralen insätts med fördel i slutet av menstruationen och är effektiv i 6 år. Hos kvinnor >45 år bör individuellt ställningstagande tas inför ev. byte. Om Mirenan används som endometrieskydd vid hormonterapi pga klimakteriebesvär bör den bytas vart 5:e år. Blödningsrubbingar är vanliga särskilt de första månaderna efter insättandet oavsett vilken hormonspiral som används. Hos kvinnor med hormonspiral och ordinära mensblödningar bör utstötning/perforation misstänkas.

Kopparspiral

Nova-T (380) är den enda kopparspiralen som har tillräcklig dokumentation för att användas som preventivmedel.

Om kvinnan är 40 år eller äldre när spiralen sätts in behöver den ej bytas. 12 månader efter den sista menstruationen tas spiralen ut.

Kan som fördel användas som postcoital anticonception upp till 5 dagar efter oskyddat samlag.

Kvinnor med mellanblödningar bör bedömas av läkare.

E. Pessar

Lämplig storlek utprovas. Undvik pessar till kvinnor med buktande vaginalväggar. Det

största pessaret som passar skall väljas. Efter utprovning skall kvinnan själv öva på att sätta in och ta ut pessaret och det skall kontrolleras att pessaret sitter korrekt. Pessar skall alltid användas i kombination med spermiehämmande medel.

F. Amning

Kvinnor som ammar fullt och har amenorré har ett 98%-igt skydd mot graviditet de första 6 månaderna. Hos kvinnor som inte ammar återkommer fertiliteten snabbt med ovulation efter 2-6 v. Lämplig tidpunkt för preventivmedelsrådgivning är vid efterbesöket 6-12 v efter förlossningen och för att förhindra ny graviditet är det bra med start av någon preventivmetod strax efter detta.

Mini-piller, medelhögt doserat gestagen och p-spruta kan påbörjas när som helst efter en förlossning. Kombinerad hormonell metod påbörjas tidigast efter 6-8 veckor då trombosrisken minskat. Lämplig tidpunkt för insättning av spiral kan vara vid efterbesöket efter 6-12 v (se s 8 i pm).

Obesitaskirurgi

Kvinnor som har genomgått obesitaskirurgi skall undvika graviditet de första 18 månaderna postoperativt. Upptaget av per orala antikonceptionsmedel fungerar tillfredställande vilket innebär att per oral behandling kan förskrivas på samma sätt som till kvinnor som inte genomgått sådan kirurgi. Aktuellt BMI ska, som alltid, beaktas vid val av metod.

Epilepsi

Teratogena aspekter är av största betydelse för val av antiepileptisk

läkemedelsbehandling. Preventivmedelsrådgivningen är extra viktig av detta skäl.

Antiepileptika är en av få läkemedelsgrupper där det föreligger interaktionsproblem i samband med hormonell anticonception.

I nedanstående tabell sammanfattas olika interaktioner



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

| Substans | Effekt | Rekommendation |
|---|--|--|
| Fenytoin Karbamazepin Oxakarbamazepin Fenobarbital Primidon | Ökar nedbrytningen av etinylestradiol, estradiol och olika gestagener. Påtaglig risk för minskad effektivitet av hormonella preventivmedel. | Kombinerade hormonella preventivmedel, även högdoserade, äldre p-pillersorter skall undvikas liksom låg- och medelhögt doserade gestagena metoder. Depo-provera kan användas. |
| Topiramats | Ökad nedbrytning av etinylestradiol med höga doser topiramats medan låga doser (<200 mg) inte verkar påverka. Norethisteron påverkas ej. | Undvik om möjligt kombinerade hormonella metoder. |
| Lamotrigin | Vid samtidigt användande av kombinerad hormonell antikonception minskar serumkoncentrationen av lamotrigin. Detta är en östrogen effekt. Gestagener ensamt påverkar inte serumkoncentrationen av lamotrigin. | Kombinerad hormonell antikonception bör om möjligt undvikas. Om behandling startas under pågående lamotriginbehandling skall ansvarig neurolog/psykiatriker skyndsamt underrättas för uppföljning. Sträva mot långcykelanvändning för att undvika fluktuationer i lamotriginkoncentrationer. Gestagena metoder och IUD kan alltid användas. |
| Valproat | Vissa studier indikerar ökad serumkoncentration av valproat under samtidig användning av kombinerade p-pillar. Koncentrationen sjunker under tablettuppehåll. | Hormonella metoder kan användas. Sträva mot långcykelanvändning. Överväg kontakt med neurolog för ev. dosjustering av valproat. |
| Zonisamid Levetiracetam Vigabatrin Felbamats Gabapentin Tiagabin | Inga säkra interaktioner finns beskrivna mellan dessa läkemedel och hormonell antikonception. Begränsat vetenskapligt underlag. | Inga restriktioner. |

”Long-acting methods” det vill säga metoder utan uppehåll, kan alltid användas vid samtidig användning av antiepileptika, oavsett typ. Se tabell ovan. Vid lamotrigin behandling kan rent gestagena metoder användas. Implantat eller Depo-provera är optimala eftersom det då saknas rapporterad interaktion och hormonkoncentrationerna är mer stabila. *Om kombinerad metod – sträva mot extended-use med monofasiskt p-pillar.*

Det saknas evidens angående interaktioner mellan antiepileptika och akut p-pillar; Vid behandling med antiepileptika som ökar nedbrytningen av hormonella preventivmedel kan Ella One eller dubbeldos LNG (Postinor/ Norlevo 1.5mg x 2) övervägas. Det finns inga uppgifter angående EllaOne och interaktion vid behandling med lamotrigin.

Råd vid graviditetsönskan

Upplys om att fruktsamheten i regel (p-sprutan undantaget) återkommer omedelbart. Ge information om hälsosam livsstil. Kvinnan bör sträva efter ett normalt BMI samt undvika alkohol och tobaksbruk samt ges rekommendation om folsyra 400 mikrogx1/dag.