

REGISTRERA ALLA FALL AV SPIRALPERFORATION!

Intrauterina preventivmedel, »spiraler», är de vanligaste reversibla preventivmedlen med mycket hög säkerhet sett i ett globalt perspektiv. Uppskattningsvis 100 miljoner kvinnor världen över använder spiral [1]. Fördelen med spiral är att den har hög säkerhet, har långvarig effekt och att daglig motivation från kvinnans sida ej behövs. Rena plast- och kopparspiraler har därutöver inte några metabola effekter. Dessutom återställs fertiliteten direkt efter borttagande av spiralen [2, 3].

Ungefär 20 procent av gifta fertila kvinnor i världen använder spiral, jämfört med ca 15 procent som använder piller. Majoriteten av spiraler används i Kina, där man räknar med att ca 70 procent av världens spiralanvändare finns. Spiralanvändningen varierar mellan de nordiska länderna; i Sverige uppskattades 1987 att 19 procent av fertila kvinnor använde spiral [4]. Motsvarande siffra i Danmark var 14 procent [5], medan den i Norge och Finland var högre, 26 respektive 32 procent [6, 7].

Perforation av livmodern som komplikation till spiralanvändning är sällsynt; 0–1,3 perforationer/1 000 spiralinsättningar har rapporterats. Perforationen sker när spiralen, sonden eller insättningshylsan perforerar uterusväggen. De flesta perforationerna inträffar i samband med insättningen och kan faktiskt ske utan att kvinnan upplever något större obehag. Perforationerna kan vara kompletta, dvs spiralen går rakt igenom uterusväggen, eller partiella då bara en del av spiralen penetrerar väggen. I det senare fallet kan spiralen senare perforera komplett på grund av kontraktioner i uterusväggen [8].

Författare

KERSTIN ANDERSSON

med dr, överläkare, kvinnokliniken,
Östra sjukhuset, Göteborg

VIVECA ODLIND

docent, överläkare, kvinnokliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

IAN MILSOM

docent, universitetslektor, kvinno-
kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg.

Det förefaller inte vara någon skillnad i perforationsfrekvens mellan olika spiraltyper; perforationsfrekvensen påverkas ej heller av insättningsmetoden.

Skicklighet hos insättaren

Skickligheten hos insättaren har betydelse för perforationsfrekvensen. Tidigare har man visat från Singapore att när sju gynekologer utförde över 4 000 spiralinsättningar var det två av gynekologerna som hade oväntat hög perforationsfrekvens [8]. Nyligen visade ytterligare en studie från samma plats liknande resultat [9].

Det är också visat att personer som inte är så rutinerade på spiralinsättningar har högre perforationsfrekvens [10, 11]. Rutinerade barnmorskor har inte högre perforationsrisk än gynekologer [12, 13].

Tidpunkt för insättning

Spiralen kan sättas in när som helst under menstruationscykeln om kvinnan byter från annat säkert preventivmedel eller är säker på att hon inte är gravid vid insättningen. På sina håll har man trots att insättningen underlättas under menstruationen, men någon sådan skillnad har inte kunnat påvisas [14]. Spiral – både kopparspiral och hormonspiral – är utmärkta preventivmetoder för ammande kvinnor eftersom bröstmjölken inte påverkas [15, 16].

I en studie publicerad av Family Health International (FHI) fann man att när en kopparspiral insattes minst 42 dagar efter en förlossning var insättningen mindre smärtsam i den grupp kvinnor som ammade än i den som inte ammade [17]. Dessutom visade det sig att andelen kvinnor som avbröt spiralanvändningen på grund av blödning och smärta var mindre i den ammande gruppen. I denna studie, som omfattade mer än 1 000 kvinnor, rapporterades ingen perforation.

Däremot finns det flera äldre studier som visar att spiralinsättning under amningsperioden är associerad med ökad perforationsfrekvens. I en rapport visade Heartwell och Schlesselman [18] att perforationsrisken var tiofaldigt ökad vid spiralinsättning under amning, men

vissa metodologiska problem har gjort att dessa resultat har ifrågasatts [19]. I en senare rapport [20] var perforationsrisken 0,16 procent hos ammande och 0,06 procent hos icke ammande kvinnor. Det var inte någon statistisk skillnad mellan grupperna.

I artikeln i detta nummer av Kerstin Lindell och Elsa Ryde-Blomqvist rapporteras att de flesta perforationerna skett vid insättning post partum, vilket stämmer med en del tidigare studier. Uterus är mindre och tunnare och förmodligen därför lättare att skada under den period post partum när amningen innebär anovulation och låga östrogen-nivåer. Det finns inga studier som kunnat relatera kvinnans ovarialaktivitet under amningstiden till risken för perforation vid spiralinsättning. Det förefaller emellertid rimligt att förmoda att risken blir mindre om ovarialfunktionen börjat återkomma.

Man kan i Sverige ibland ifrågasätta om det är nödvändigt att sätta in spiral redan vid efterkontrollen. Senare tids forskning har givit en ökad kunskap om amningens effekter på ovulationen. Graviditetsrisken har beräknats till 1–2 procent om samtliga följande tre kriterier är uppfyllda: kvinnan ammar fullt, hon har amenorré och det har gått kortare tid än sex månader efter förlossningen [21]. Det kan alltså finnas anledning att åtminstone hos fullt ammande kvinnor uppskjuta spiralinsättning till ett senare tillfälle, t ex när tillägg introduceras till barnet eller efter cirka sex månader.

Det är med Lindells och Ryde-Blomqvists artikel som grund inte möjligt att avgöra om det faktiska antalet spiralperforationer har ökat i Sverige de senaste åren, eller om benägenheten att anmäla denna skada till Patientförsäkringen ökat, då man lärt sig att den kan vara ersättningsberättigad. Vi känner inte heller till hur stor andel av spiralin-sättningarna i landet som faktiskt görs vid den sk efterkontrollen efter partus.

Teoretiskt skulle man kunna tänka sig att perforationsrisken är ökad bland kvinnor som ej varit gravida och har en mindre uterus och trång cervix, men om det verkligen förhåller sig så går ej att bedöma, eftersom kvinnor i denna

grupp endast i undantagsfall använder spiral.

Insättningsteknik

Det är viktigt att kunna palpera uteri storlek och läge samt att vara väl förtrogen med insättningstekniken, eftersom den varierar beroende på spiraltyp. Det underlättar insättningen att sträcka ut uterus med en klotång på portio, med en lätt dragning i densamma, samt att försiktigt sondera kaviteten för att få läget bekräftat och uterusstorleken uppmätt.

Ibland hör man uppfattningen att klotången gör insättningen smärtsam för kvinnan och att sonderingen leder till spasm i cervix. Oftast är det nog så, att sträckningen med tången underlättar insättningen och att det som uppfattas som spasm i cervix när införingshylsan med spiralen skall passera cervix egentligen är oregelbundenheter i livmoderhalskanalen. Sonden, som är lite böjd och som har en rundad topp, glider lättare in än spiralen.

Likaså är det viktigt att vara medveten om att risken för perforation möjligen är större hos en kvinna som ammar helt, och att insättning av spiral skall göras av en läkare/barnmorska med stor vana vid denna procedur.

Misstanke om perforation

Ibland misstänks perforationen direkt i samband med insättningen, t ex om kvinnan fått ovanligt ont eller riklig blödning. Inte så sällan upptäcks perforationen på grund av att kvinnan blir gravid och spiralen ej kan återfinnas. Om man vid kontroll några månader efter insättningen inte finner några spiraltrådar är placering av spiralen utanför uterus ett tänkbart alternativ.

Det är möjligt att perforation i själva verket inträffar oftare än vi känner till, eftersom en del av de spiraler som aldrig återfinns och därför betraktas som utstötta i själva verket har perforerat uterus.

När det gäller den levonorgestrelfri-sättande spiralen Levonova skall alla kvinnor notera förändrat blödningsmönster efter insättningen. Om menstruationerna fortsätter att komma regelbundet, och i samma mängd som före insättningen, måste man misstänka utstötning eller perforation. Halten av levonorgestrel i serum är densamma oavsett om spiralen sitter i eller utanför uterus.

Vid misstanke om perforation skall en ultraljudsundersökning utföras, och om man då inte säkert kan identifiera spiralen intrauterint skall man komplet-

tera med en buköversikt. Det räcker inte att röntga lilla bäckenet, ty spiralen kan sitta t ex i omentet och glida högt upp i buken när kvinnan ligger ner.

Konstaterad perforation

Det finns fallbeskrivningar där spiralen perforerat urinblåsan, sannolikt i samband med insättningen, men också fall där spiralen perforerat rektum så sent som tolv år efter insättningen [22, 23]. Också strangulation av tarmen orsakad av spiraltrådarna finns beskriven [24].

Man har därför ansett att det är viktigt att ta bort spiralen så snart man konstaterat spiralperforation. Kopparspiraler utövar mer vävnadsretning än plastspiraler och skulle därför kunna ge mer adhesioner i bukhålan [25]. I en färsk bulletin från International Planned Parenthood Federation anger Singh [26] att om en spiral inte finns i uterus-kaviteten skall man försöka att lokalisera den. Om den ligger inbäddad submuköst i uterus kan den oftast avlägsnas via hysteroskop. Om den ligger i bukhålan och kvinnan inte har några besvär skulle man kunna avvakta, men förstås förse henne med annan antikonception. Att ta bort en kopparspiral på grund av risk för sammanväxningar bedömde han inte vara nödvändigt, eftersom dessa sannolikt redan har bildats.

Många svenska kvinnor skulle säkert ha svårt att tänka sig att leva med en spiral i bukhålan. Eftersom vi nu har laparoskopisk teknik som oftast innebär ett för patienten enkelt ingrepp är det förmodligen bäst att rekommendera att försöka att avlägsna en spiral som hamnat utanför uterus.

Bättre registrering önskvärd

Tyvärr känner vi inte till hur många spiralperforationer som inträffar. Eftersom ersättning utgår från Patientförsäkringen är det angeläget att uppmana till anmälan av alla kända spiralperforationer. Ett annat sätt att få en bättre uppfattning om antalet perforationer kunde kanske vara anmälan till Läkemiddelsverkets biverkningsregister.

En ökad medvetenhet kanske skulle bidra till färre perforationer, speciellt om man upptäcker att vissa insättare, insättningsstillfällen eller spiraltyper är associerade med fler perforationer än andra.

Hur undvika perforation?

Spiralinsättning är ett kvalificerat ingrepp som kräver utbildning och stän-

dig träning. Det bästa sättet att minska risken för perforation är troligen att skaffa sig stor erfarenhet och att vidmakthålla denna genom ständig träning. I inskolningen för förskrivningsrätt för hormonell antikonception bör även praktiska insättningsövningar av spiral ingå, liksom förstås träning i rådgivning och uppföljning. Oavsett om man är gynekolog eller barnmorska bör man, om man i sin verksamhet endast ser ett litet fåtal patienter med önskemål om spiralinsättning, avstå från insättning och i stället hänvisa till en mer rutinerad insättare. Man bör noga studera och följa de insättningsanvisningar som följer med spiralförpackningen.

Kvinnor som ammar fullt bör betraktas som speciella riskpatienter för skada på livmodern, och man kan överväga att uppskjuta spiralinsättning tills full amning inte längre är aktuell, dock knappast längre än sex månader post partum.

Vid konstaterad perforation rekommenderar vi att man försöker avlägsna spiralen operativt, förutsatt att detta i det enskilda fallet inte innebär en oacceptabel risk för kvinnan.

Litteratur

1. International Medical Advisory Panel (IMAP). Statement on intrauterine devices. IPPF Medical Bulletin 1995; 29(6): 1-4.
8. Ratnam SS, Tow SH. Translocation of the loop. In: Zatuchni GI, ed. Postpartum family planning. New York: McGraw-Hill, 1970: 371-84.
9. McCarthy T, Ratnam SS. Singapore experience with IUDs, 1970-1988. Adv Contracept 1992; 8: 207-8.
10. Hall RE. A reappraisal of intrauterine contraceptive devices. Prompted by the delayed discovery of uterine perforations. Am J Obstet Gynecol 1967; 99: 808-13.
11. Scutchfield FD, Long WN. Perforations of the uterus with the lippes loop. JAMA 1969; 208: 2335-6.
12. Vaillant HW, Cummins GTM, Richart RM, Barron BA. Insertion of Lippes loop by nurse-midwives and doctors. BMJ 1968; 3: 671-3.
13. Newton JR, Barnes G, Cameron J, Goldman P, Elias J. Nurse specialists in family planning. BMJ 1976; 1: 950-2.
14. White MK, Ory HW, Rooks JB, Rochat W. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. Obstet Gynecol 1980; 55: 220-4.
15. Cole LP, McCann MF, Higgins JE, Waszak CS. Effects of breastfeeding on IUD performance. Am J Public Health 1983; 73: 384-8.
16. Heikkilä M, Luukkainen T. Duration of breastfeeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. Contraception 1982; 25: 279-92.
17. Farr G, Rivera R. Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insertion: analyses of TCu-380A acceptors



- in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 144-51.
18. Heartwell SF, Schlesselman S. Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 31-6.
 19. Sivin I. The intrauterine device and uterine perforation. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 744-6.
 20. Chi IC, Potts M, Wilkens L, Champion CB. Performance of the Tcu 380A device in breastfeeding and non breastfeeding women. *Contraception* 1989; 39: 603-18.
 21. Consensus statement: Breastfeeding as a family planning method. *Lancet* 1988; 2: 1204-5.
 22. Sepulveda WH, Ciuffardi I, Olivari A, Gallegos O. Sonographic diagnosis of bladder perforation by an intrauterine device. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38: 911-3.
 23. Sögaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 55-6.
 24. Zakin D, Wilhelm ZS, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 335-53.
 25. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Genève: WHO, 1987. Technical Report Series 753.
 26. Singh MM. IUDs and transmigraton – putting an old concern to rest. *IPPF Medical Bulletin* 1995; 29(1): 2-3.

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från docent Ian Milsom, Kvinnokliniken, Östra sjukhuset, 416 85 Göteborg.

Se även artikeln på sidan 2601 i detta nummer.

P-piller och bröstcancer – svagt förhöjd risk

Det finns en lätt förhöjd risk att få diagnosen bröstcancer bland kvinnor som använder p-piller liksom under tio år efter det att de slutat. Den relativa risken under denna period är inte högre än 1,24. Senare i livet finns det ingen skillnad i risk mellan dem som någon gång använt p-piller och andra kvinnor, konkluderar forskare som analyserat 54 studier från 25 länder.

Analysen bygger på data från mer än 53 000 kvinnor med bröstcancer och 100 000 kontroller. I absoluta tal räknar forskarna med att p-pillerbruk kan svara för 0,5 fall av bröstcancer per 10 000 kvinnor som tagit p-piller i åldern 16–19 år, 1,5 fall för åldern 20–24 år och 4,7 fall för åldern 25–29 år.

Den relativa risken är högst för dem som börjat använda p-piller före 20-årsåldern, men absolut sett innebär det en liten riskökning eftersom bröstcancer är så sällsynt bland yngre kvinnor.

De tumörer som upptäcks hos kvinnor som använder p-piller eller som slutat med dem är mindre avancerade än hos andra kvinnor och därför sannolikt oftare möjliga att bota.

Lancet 1996; 347: 1713-27.

Akut alkoholförgiftning hämmar dödarceller

Fyra forskare från USA och Israel har i råttförsök funnit att akut alkoholförgiftning markant dämpar aktiviteten av naturliga dödarceller (NK-celler). När NK-cellerna hämmades ökade metastaseringen tiofaldigt hos råttorna.

Dessa fynd tyder på att man här funnit en mekanism som i viss mån skulle kunna förklara epidemiologiska samband mellan alkohol, infektionssjukdomar och cancer.

Nature Medicine 1996; 2: 457-60.

Ultraljudsundersökning med bubblande kontrast

Ett amerikanskt företag, Sonus, har utvecklat ett »kontrastmedel» som skall ge skarpare bild vid ultraljudsundersökning. Medlet är en vätska som injiceras i blodet och som bildar mycket små bubblor då den kokar vid kroppstemperatur. Bubblorna är stabila och finns kvar i blodet i 10–15 minuter innan man andas ut dem. De påstås reflektera

ljudvågorna mycket bättre än blod, vatten och kroppsvävnad.

Medlet, som kallas EchoGen, har prövats på 800 patienter. Gasen i bubblorna löses inte i vatten, och bubblorna är så små som 2 mikrometer i diameter. De skadar därför inte hjärn- eller lungvävnad, påstår företaget, som prövat medlet vid diagnostik av blodproppar, tumörer och kärlförträngningar. Nästa år hoppas man få tillstånd att sälja medlet så att det kan användas vid hjärt- och kärlundersökningar.

Detta är inte det enda nya kontrastmedlet för ultraljudsundersökningar. Schering har utvecklat ett annat medel, Levovist, som består av galaktos och som har luftfyllda håligheter på ytan. När sockerpartiklarna upplöses frigörs också bubblor.

New Scientist 1996; 150 (No 2032): 20.

Proteashämmare lovande mot HIV

Tio år efter det att den första kliniska prövningen av zidovudin mot HIV-infektion genomförts håller den första generationens medel, nukleosidanaloger, på att ersättas eller snarare kompletteras med en ny familj, proteashämmarna. Det i USA först registrerade medlet, saquinavir, väntas följas av ett tiotal andra, med namn som ritonavir, indinavir och nelfinavir.

Även om proteashämmarna är lovande är de inte okomplicerade att använda. Dels är de mycket dyra, dels blir HIV-stammar vanligen resistent mot medlen efter några få månader om medlen ges ensamma. Det är därför nödvändigt att kombinera flera proteashämmare eller att ge dem samtidigt med t ex zidovudin, och att inte avbryta behandlingen eftersom man då riskerar att få fram fler resistent stammar.

Ann Intern Med 1996; 124: 1019-50, 1086-8.

Neurodegeneration av ecstasy

Debatten om ecstasy har fokuserat på akuta toxiska effekterna. Försök på råttor och primater visar emellertid att preparatet också orsakar neurodegeneration, även vid doser som missbrukare använder.

BMJ 1996; 312: 1493-4.