

Pillan fertug



Reynir Tómas
Geirsson

Á þessu ári eru 40 ár síðan notkun samsettu getnaðarvarnatöflunnar, sem gjarnan er nefnd „pillan“, hófst í Evrópu. Það var í formi sérlyfsins Anovlar, frá þýska fyrirtækinu Schering, en ári áður, 1960, hafði fyrsta getnaðarvarnapillan, Enovid, frá Searle, komið á markað í Bandaríkjunum. Pillan barst til Íslands árið 1966.

Fáar læknisfræðilegar uppgötvanir hafa haft eins víðtæk áhrif til að bæta hag kvenna. Rétt eftir seinni heimsstyrjöldina mun Herbert Hoover, þáverandi Bandaríkjaforseti, hafa sagt að þrjár undirstöður frelsis („pillars of freedom“) væru tjáningarfrelsi, ferðafrelsi og trúfrelsi. Hinn merki skoski fæðingalæknir, Sir Dugald Baird, bætti við fjórða frelsinu nokkru síðar; frelsi frá óhóflegri frjósemi. Það frelsi kom með pillunni.

Fyrir 40 árum var úr litlu að velja. Fólk treysti á „örugga“ tímann eða rofnar samfarir. Smokkurinn var eina áreiðanlega getnaðarvörnin, ef varlega var farið, en hann fékkst ekki víða. Ekki var leyft að gera fóstureyðingar nema við óvanalegar aðstæður. Pillan breytti lífi karla og kvenna. Með henni kom frelsi til að velja hvenær og hve oft börn urðu til, frelsi til að njóta kynlífs án ótta um óráðgerða þungun og frelsi frá óhóflegri frjósemi fyrri ára. Um 60-70% allra þungana eru óvelkomnar eða verða ekki til á réttum tíma í lífi fólks. Nærri 600 000 konur deyja af völdum þungana í heiminum á hverju ári, ein á hverri mínútu og vel það. Í nóvember 1999 fór fjöldi jarðarbúa yfir sex milljarða og aukning fólksfjölda í heiminum er um 85 milljónir á ári, þannig að fjöldi jarðarbúa verður með óbreyttri fjölgun um 10 milljarðar eftir 50 ár; – „unless population growth is halted by man, population growth will halt man,“ sagði John F. Kennedy 1961. Tvær af hverjum þrem þungunum eru óráðgerðar og einum þriðja er eytt á heimsvísu (1,2). Flestum finnst sjálfsagt að hefta fólksfjölgun í Suður-Ameríku, Afríku, Indlandi eða Kína, en því má ekki gleyma að hver einstaklingur í þróunarlöndum eyðir aðeins um fjórðung af orku og gæðum jarðar miðað við þá sem búa í þróuðu löndunum. Þess vegna skiptir fólksfjölgun máli alls staðar, jafnvel hér á norðurhvara veraldar, í ríku landi, þar sem við teljum að það hljóti að vera nóg pláss fyrir margfalt fleiri Íslendinga. Á það hefur verið bent, að á Íslandi eru ekki óþrjótandi audlindir, eins og best hefur komið í ljós við nýlegar umræður um virkjanamál á hálendinu og

þorsstofninn í hafinu, sem virðist hafa verið verulega ofmetinn. Er ekki ein lausnin á framtíðar orku- og lífsskilyrðamálefnum Íslendinga að hægja á fólksfjölguninni hér? Eða er ef til vill godgá að segja þetta við Íslendinga sem oft virðast trúa því að þessi þjóð sé þeim kostum búin úr erfðum, uppruna og menningu, að heill og hamingju heimsins væri best borgið með því að þar væru sem flestir Íslendingar? Berum við ekki sömu ábyrgð hvert og eitt og menn gera í Kína? Sennilegt er þó að á næstu árum verði fjölgunin hvort sem er hægari, því fæðingar hafa nú náð niður undir tvö börn á hverja konu, sem er það sem þarf til að halda þjóðarstærð í horfinu. Við erum þó enn að fara gegnum einskonar millibilstíma hér. Þungunartíðnin er enn tiltölulega há vegna óráðgerðra þungana, einkum meðal yngstu kvennanna og fóstureyðingum hefur fjölgað í kjölfarið. Aðfluttu fólki fjölgar einnig.

Pillan hefur gengið í gegnum þrjú megin þróunarskeið. Á fyrsta þróunarskeiði voru notaðir tiltölulega háir hormónaskammtar af östrógeni og prógestógeni, einkum noretísteróni og norgestrelí. Sama östrógenið hefur verið notað í pilluna frá upphafi, hin hálfnáttúrulega afleiða östradíóls sem nefnist etýnfl-östradíól. Ekkert betra hefur fundist. Það er virkt í litlum skömmtum til að bæla egglos, en hefur áhrif á blóðstorkukerfið, þannig að virkni blóðstorkuferlisins eykst og sú östrógentengda aukaverkun sem oftast veldur vanda er ógleði. Skammtur þess hefur því verið minnkaður í gegnum árin úr 150 mg í hverri töflu niður í 20-35 mg, þó 50 mg töflur séu enn til og séu hentugar fyrir sumar konur, svo sem þær sem hafa flogaveiki og hvarfa því lyfinu fyrr en aðrar.

Prógestógenin hafa verið framleidd sem afleiður úr testósterón-kjarna og aukaverkanirnar hafa verið samsvarandi, væg andrögen og anabólísk virkni. Prógesterón-áhrifin sjálf valda oft uppþembu, vökvæðun og þyngdaraukningu, sem margar konur taka illa. Prógestógenin hafa breyst og allmargar tegundir eru til sem kallast fyrsta kynslóð (noretísterón), önnur kynslóð (levonorgestrel) og þriðja kynslóð (desogestrel, gestóden) eftir því hvenær þau komu á markað. Magn prógestógena í pillunum hefur um leið minnkað og þau hafa færst frá efnunum með vel greinanleg prógesterón, andrögen og anabólísk aukaáhrif yfir í efni sem hafa tiltölulega hreina prógesterón verku og litlar aukaverkanir. Prógesterónið sjálf,

Höfundur er prófessor og forstöðulæknir við Kvennadeild Landspítala háskólasjúkrahúss

en einnig prógestógenin, eru með allra öruggustu lyfjum sem til eru, því alvarlegar skammtíma aukaverkanir eru varla þekktar. Því má þó ekki gleyma að prógestógenin hafa viss langtíma aukaáhrif sem geta verið óheppileg, einkum með tilliti til hugsanlegra áhrifa á fitu- og sykurefnaskipti og á blóðstorku. Á síðustu fimm til sex árum hefur athygli manna beinst að tengslum við bláæðasega, sem tvöfaldast þegar eldri tegundir pillunnar eru notaðar, en nær fjórfaldast með þeim nýrri af þriðju kynslóð. Þetta hljómar válega. Tölurnar eru þó í reynd þannig að áhættan eykst úr einu tilfelli á ári á hverjar 10000 konur á frjósemiskeiði sem nota enga hormónavörn, í tvö til þrjú meðal 10000 kvenna sem nota aðra kynslóð prógestógena (til dæmis levónorgestrel) og í þrjú til fjögur með þriðju kynslóðinni (desógestrel, gestóden), svo tölurnar séu settar í íslenskt samhengi. Umframlíkur á alvarlegum fylgikvillum með þriðju kynslóðarpillum, svo sem æðaskemmdum eftir blóðsega og lungnablóðreki, eru 1/10 af ofangreindum tölum og líkur á dauðsfalli 1/100 (1-4/milljón konur/ár) (3,4). Þriðju kynslóðarpillurnar þolast hins vegar miklu betur og lyfjaskammtar mega vera mun minni en áður, án þess að milliblæðingar og aðrar aukaverkanir séu til sérstaks trafala. Líta verður á áhættuaukninguna í ljósi þess hve sjaldgæfir þessi fylgikvillar eru og að getnaðarvarnarpillunni fylgja mörg jákvæð áhrif á heilsufar, ekki síst það að komast hjá þungun (1). Ekki hefur þýðingu að athuga blóðstorkuþætti svo sem prótín C, S eða antítrombínskort hjá öllum sem fá pilluna, heldur er betra að einkorða slíkt við konur sem hafa sögu um bláæðasega hjá nánum ættingjum, svo sem móður eða systur. Hætta á bláæðasegum er mest fyrsta árið (1,3), en það virðist draga úr henni þegar niðurbrot lyfjanna í lífur verður hraðara með lengri notkun. Því er ekki ástæða til að láta konur hætta á þriðju kynslóðarpillum eða nota þær ekki, ef konan þolir þær betur og hefur enga ættarsögu eða heilsufarssögu sem mælir gegn pillunni. Vert er að muna að gamla levonorgestrel og etinýlörstradíól annarrar kynslóðarpillan sem hér er á markaði og hefur verið í hátt í þrjú áratugi (Microgyn) stenst alltaf vel samanburð sem fyrsta getnaðarvarnalyfið, ekki síst verðið. Sérstök úrræði eru fyrir ungar konur með akne-tilhneigingu (cypróterón-prógestógenið) og „fjórðu kynslóðar“ pillan sem inniheldur aldósterón-líkt prógestógen (dróspírenón), er enn óskrifað blað hvað bláæðasegamyndun varðar. Alltaf ætti að mæla blóðþrýsting fyrir upphaf pillumeðferðar og árlega eftir það, en kvenskoðun þarf ekki hjá hraustri ungru konu sem hefur eðlilegt þroskaútlit og blæðingar. Krabbameinsleitarskoðun þegar þar að kemur nægir. Óreglulegar blæðingar eru ekki frábending, enda var pillan upphaflega lyf til að koma reglu á blæðingar.

Gilda hinar gömlu frábendingar um að hætta

pillutökunni 35 ára, einkum ef konan reykir eða er of feit? Svárið er í reynd: nei – þó varlegar verði að fara. Heilbrigð og hraust kona með engar sérstakar frábendingar og sem þolir p-pilluna vel, getur haldið áfram töku hennar til loka frjósemiskeiðs. Hin gamla og merka athugun heimilislækna í Bretlandi (2) setti hins vegar varúðarmerki gagnvart reykingum og herra aldri en 35 ára og betra er að virða þá ábendingu og mæla með öðrum getnaðarvörnum við þær konur. Reykingar og pillan eftir fertugt fara sennilega ekki saman (5). Af nógu er að taka fyrir eldri konurnar í dag í formi prógestógenpillunnar, lykkjunnar með og án prógestógens, prógesterónsprautu eða prógesterónstafs undir húð, og ekki má gleyma hettunni eða ófrjósemiaðgerð.

Getnaðarvarnir eru í eðli sínum notaðar með hléum, en það er mikilvægt hlutverk lækna að hámarka notkun getnaðarvarna. Læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk, sem tengist ráðgjöf um getnaðarvarnir, bera þá ábyrgð að allir þeirra skjólstæðingar hafi aðgang að góðum getnaðarvörnum og góðri ráðgjöf um getnaðarvarnir. Nauðsynlegt er að þeir læknar sem ávísa getnaðarvarnalyfjum og sem ráðleggja um töku getnaðarvarnalyfja hafi góða þekkingu á því sem best er vitað á hverjum tíma um p-pilluna. Pillan er komin til að vera. Í sama anda er að sjálfsgöðu rétt að nota það lyf, sem gefur minnstar aukaverkanir, bæði í bráð og lengd, en taka ennfremur tillit til kostnaðar, því nýjustu getnaðarvarnatöflurnar eru yfirleitt dýrastar. Hér á landi hafa mun fleiri þunganir hjá unglingum en í nágrennalöndunum verið alveg sérstakt vandamál. Því ber að fagna nýjum unglingamóttökum, sem opnaðar hafa verið á heilsugæslustöðvum, fyrst í Hafnarfirði og á Akureyri, af Fræðslusamtökum um kynlíf og barneignir í Hinu húsinu í Reykjavík og getnaðarvarnamóttöku Kvennadeildar Landspítala háskólasjúkrahúss. Þar er reynt að taka á sérstökum getnaðarvarnavandamálum með góðri fagráðgjöf, koma betra notkunarferli af stað og beina svo konunum til heimilislækna eða sérfræðilækna.

Samsettu getnaðarvarnarpillurnar eru öruggur og góður valkostur, einkum fyrir yngri konurnar (6). Nýjar aðferðir í gjöf þeirra eru að ryðja sér til rúms og einkum það að gefa töflurnar stöðugt í þrjú mánuði og fækka þannig blæðingum niður í fjórar á ári. Þetta gengur í flestum tilfellum vel og hefur engin neikvæð áhrif. Hins vegar eykur það meðferðarheldni og öryggi getnaðavarnarinnar, því sex til sjö daga hléin á milli pillupakka eru áhættutími fyrir þungun, ef dregst að byrja á nýrri þakningu. Hugmyndin um „pilluhlé“ er heldur ekki alveg dauð. Við höfum sérstökum skyldum að gegna gagnvart unglingum. Ný athugun á viðhorfum og þekkingu ungs fólks á getnaðarvörnum bendir til að mikið vanti á þekkingu og ábyrgðartilfinningu íslenskra unglinga hvað varðar kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir. Konur vilja ör-

ugga getnaðarvörn, getnaðarvörn sem auðvelt er að nota, sem ekki hefur áhrif á kynlíf og kynlíflöngum og hefur hverfandi áhrif á heilsufar til langs tíma. Þetta fá þær með öllum algengum getnaðarvarnapillum og það á einkum við um ungu konurnar á Íslandi.

Heimildir:

1. Skegg DCG. Oral contraception and health. *Brit Med J* 1999; 318: 69-70.
2. Burning JE. Low-dose oral contraceptives and stroke. *N Engl J Med* 1996; 335: 53-4.
3. Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP). CPMC Public Assessment Report – Combined oral contraceptives and venous thromboembolism. www.emea.eu.int/
4. Mayor S. European evaluation concludes third generation pills are associated with a small increase in risk of venous thromboembolism. *BMJ* 2001; 323: 828-9.
5. Thorneycroft IH. Contraception in women older than 40 years of age. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 273-8.
6. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill-taking and discontinuation. *Contraception* 1995; 51: 283-8.