

En medisinsk metode som er enklere, billigere og gir økt valgfrihet for pasienten bør hilses velkommen

Medikamentell abort – et provoserende emne?

Verdens helseorganisasjon anslår i 2003 at det årlig dør om lag 80 000 kvinner som et resultat av komplikasjoner til utrygge aborter, nesten alle i utviklingsland (1). Det er ikke bare restriktiv abortlovgivning som er årsaken til de utrygge abortene, for også i land der abort er legalt tilgjengelig, kan fattigdom og inadekvat organisering av helsevesenet få kvinner til å ty til abort under uforvarselige forhold. Det må være et prioritert mål for å bedre kvinners helse å unngå disse unødvendige dødsfallene og all sykelighet som er knyttet til utrygge aborter.

Inntil nylig var alle abortmetoder kirurgiske. Etter at abort begynte å bli legalt i mange land fra begynnelsen av forrige århundre, ble blokkering av cervikalkanalen og tømning av uterus med aborttang og kyrette benyttet. I slutten av 1960-årene ble denne metoden avløst av vakuumsug, der aborttangen ble erstattet av en sugekypette. Dette førte til færre komplikasjoner (2).

Illegale aborter, derimot, har oftest vært utført ved at et spisst instrument, for eksempel strikkepinne, piperenser eller kateter, stikkes opp i uterus i den hensikt å bevirke vannavgang og deretter uteruskontraksjoner og abort. Infeksjon og blødning er vanlige komplikasjoner ved slike aborter.

Kirurgisk abort er ressurskrevende og ofte vanskelig å gjennomføre i mange land. Det har derfor vært stor interesse for å utvikle enklere abortmetoder. Medikamentelt fremkalt abort kan bidra til å redusere antall komplikasjoner. Etter at progesteronreseptoren ble beskrevet i 1970, er det syntetisert mer enn 400 antiprogestiner, hvorav mifepriston er den best undersøkte og den eneste som er i klinisk bruk. Det første kliniske forsøk med mifepriston som abortmiddel ble publisert i 1982.

Historien om innføringen av mifepriston som abortmiddel er interessant. Enkelte har ment at bruk av medikamentelle metoder reduserer den emosjonelle barrieren mot å få utført abort og at antall aborter derfor kan komme til å øke.

Motstanden fikk enkelte steder et nærmest militant preg. Legemiddelfirmaet som produserte mifepriston, var av den grunn lite interessert i å utvikle produktet videre, først og fremst av redsel for boikott av andre og mer økonomisk lønnsomme legemidler. Derfor har mye av forskningen på dette området vært finansiert og utført i regi av Verdens helseorganisasjon. Firmaet ønsket opprinnelig ikke å søke om registreringstillatelse i noe land, og det var oppfordringer fra helsemyndighetene i Frankrike, Storbritannia og Sverige som førte til at midlet ble registrert der. Senere ble patentet på mifepriston overdratt til den personen som hadde syntetisert stoffet først, og vedkommende driver nå et firma som kun produserer mifepriston. Dette firmaet kan derfor ikke utsettes for boikotttrusler av abortmotstandere. Mifepriston er nå registrert i de fleste land. I Norge kan det bare utleveres til sykehusavdelinger.

Mifepriston tas peroralt. Et par timer etter inntak ses degenerasjon av decidua og løsning av placentatotter. I løpet av noen døgn inntreer abort hos ca. 70%. For å øke effektiviteten brukes nå mifepriston i kombinasjon med et prostaglandin, som vanligvis tilføres to døgn etter mifepriston. Dette fører til uteruskontraksjoner og abort hos ca. 95% i løpet av seks timer. Prostaglandinet misoprostol har vist

seg å være gunstigst i bruk. Det gis enten peroralt eller vaginalt. Fordelen med misoprostol fremfor andre prostaglandiner er at det er billig og at det kan oppbevares ved romtemperatur.

Kombinasjonen mifepriston og misoprostol brukes rutinemessig opp til en svangerskapsvarighet på 63 dager (ni uker). Ved svangerskapsvarighet over 12 uker har standardmetoden vært bruk av prostaglandiner helt siden denne gruppen medikamenter kom på markedet.

Forbehandling med mifepriston forkorter tiden fra induksjon til abort. Ved svangerskapsvarighet på 9–12 uker benyttes fortsatt kirurgisk abort, men det publiseres undersøkelser som tyder på at mifepriston i kombinasjon med gjentatte doser misoprostol er et meget godt alternativ (3). I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to artikler om bruk av medikamentell abort i Norge (4, 5). Ole-Erik Iversen og medarbeidere skriver om tidlig abort (4), Runa Heimstad & Bjørn Backe om mifepriston som forbehandling ved abort i annet trimester (5).

Det er trygt å få utført kirurgisk abort i Norge, det er få komplikasjoner og det er ikke rapportert om dødsfall (6). Hovedbegrunnelsen for å innføre medikamentell abort som metode ved provosert abort er å gi kvinnen valgfrihet.

Noen kvinner vil foretrekke kirurgisk abort – få narkose, sovne, våkne opp og være ferdig med det – andre vil føle at en medikamentell abort gir dem større følelse av trygghet og kontroll med hva som foregår. Vi har ingen tilgjengelig landsstatistikk over antall medikamentelle provoserte aborter.

Ved Ullevål universitetssykehus var ca. 30% av alle aborter før uke 12 medikamentelt induisert i første halvår av 2003. I Norge legges kvinnen inn i sykehus i timene fra hun får misoprostol og til hun har abortert. Andre steder er rutinene slik at hun drar hjem og aborterer der, med beskjed om å henvende seg til avdelingen ved behov. Metoden bør tas i bruk ved flere norske sykehus.

Britt-Ingjerd Nesheim

brittin@oks.uio.no

Britt-Ingjerd Nesheim (f. 1942) er avdelingsoverlege og professor ved Avdeling for obstetikk, Kvinnesenteret, Ullevål universitetssykehus. Hun var medlem av abortnemnd fra 1972 til 1999.

Litteratur

1. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Genève: World Health Organization, 1998. www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/27.6.2003.
2. Beric BM, Kupresanin M. Vacuum aspiration, using pericervical block, for legal abortion as an outpatient procedure up to the 12th week of pregnancy. *Lancet* 1971; 2: 619–21.
3. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: a review of 483 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1315–9.
4. Iversen OE, Midbøe G, Johnsen SL, Augestad G, Økland I, Helland H et al. Medikamentell abort – de første norske erfaringene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2422–4.
5. Heimstad R, Backe B. Mifepriston ved provosert abort i annet trimester. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2412–3.