

Med hormonpreparater som i dag er tilgjengelige kan kvinner ta kontroll over sin egen menstruasjonssyklus

## Selvvalgt menstruasjon

Kvinnens liv i reproduktiv alder er preget av begivenheter som kan redusere livskvaliteten, for eksempel ønsket svangerskap, ufri-villig barnløshet, fødselsangst og plager i overgangsalderen. Disse byrdene kan vi i dag i stor utstrekning forebygge eller avhjelpe med prevensjon, abortinngrep, prøverørsbehandling, keisersnitt og hormonbehandling. Vi har lovbestemmelser om selvbestemt abort, sterilisering og infertilitesbehandling. Samfunnet har således akseptert at det gripes inn i «naturens gang». Kvinnene har langt på vei fått rett til å bestemme over sin egen reproduksjon.

Det å ha menstruasjon anses som naturlig for kvinner i fertil alder – et tegn på at hun har mulighet til å bli gravid, men ikke er det. Regelmessige menstruasjoner er indikasjon på at hormonproduksjon og livmor fungerer som de er programmert til. Menstruasjonsrelaterte plager som premenstruelle symptomer, dysmenoré, menoragi og menstruasjonsrelatert migréne har langt på vei vært akseptert som unngåelig og har som regel vært gjenstand for kun symptomatisk behandling.

Vi har i dag flere muligheter til å ta kontroll over menstruasjonen, men noen mener at det er «å fuske med naturen». Det er imidlertid et faktum at bortimot en halv million kvinner i fertil alder i Norge bruker hormonell prevensjon som innvirker på det endokrine system og på endometriet (1). Progestogen som tablet, sprøyte eller implantat hemmer ovulasjon og endometrievækst, mens progestogen intrauterint («hormonspiral») stort sett bare hemmer endometriet. I den kombinerte p-pullen er progestogen viktigst for ovulasjonshemmingen, mens østrogenets hovedeffekt er å stabilisere endometriet og kontrollere blødningen. Pillen ble for over 50 år siden designet med et hormonfritt intervall for å indusere en bortfallsblødning for å etterlikne en naturlig syklus, noe produsenten mente var avgjørende for akseptabiliteten (2). Bortfallsblødningen har ingen kjent biologisk betydning.

Det er tradisjon for å bruke progestogenet noretisteron til å utsette menstruasjonen, med begrensning til 10–14 dager (3), sannsynligvis fordi det ikke er dokumentasjon for lengre utsettelse. Progestogener som noretisteron og medroksyprogesteronacetat har imidlertid vært brukt for å stoppe menstruasjonen ved behandling av endometriose, og da er det ingen begrensning for varighet av behandlingen (4). Progestogenprevensjon (tablet, implantat, injeksjon eller intrauterint) har evne til, i større eller mindre grad, å kunne gi amenoré. Det har aldri vært reist bekymringer for bortfall av menstruasjonen med disse prevensjonsmetodene – amenoré har vært ansett som en ekstra bonus ved behandlingen.

Kombinasjonen progestogen og østrogen medfører fordeler ved at østrogenet forsterker progestogenets preventive effekt og kan kompensere gestagenets mulige supprimering av østrogenproduksjonen. Et hormonfritt opphold på 4–7 dager medfører blødning og hos noen symptomer på hormonmangel, for eksempel utløsning av migréneanfall. Kontinuerlig bruk uten innlagte pauser er et alternativ for kvinner som av bekjemmelighetshensyn ikke ønsker å ha menstruasjon eller som vil unngå plager relatert til menstruasjonen. Min erfaring er at det er økende interesse for slik blødningsfri prevensjon.

I en oversiktsartikkel fra 2008 ble mulige bivirkninger ved kontinuerlig p-pillebruk vurdert (5). Forfatterne fant at gjennombruddsblødning var vanlig, spesielt i starten. Etter ett år vil ca. 60–90 % av brukerne ha oppnådd amenoré, men ca. 20 % seponerer behandlingen på grunn av uakseptable gjennombruddsblødninger (5).

Endometriet har vært bedømt ved ultralydundersøkelse og biopsi, og den vanligste effekt er inaktivitet eller atrofi. Ingen tilfeller av hyperplasi eller malignitet er observert (5). Etter seponering av p-pille brukt kontinuerlig i ett år viste en annen studie en mediantid for tilbakekomst av menstruasjon på 32 dager og at 98,9 % hadde fått menstruasjonen tilbake (eller var blitt gravide) innen 90 dager (2). Ved kontinuerlig bruk tilføres en tredel mer hormon, men det synes ikke å øke innvirkningen på metabolske variabler i større grad enn syklig behandling (5). Bekymring for ikke å oppdage inntruffet graviditet har vært en innvending mot et blødningsfritt p-pillerregime, men tilsvarende engstelse kan også være til stede ved uteblitt menstruasjon ved progestogenprevensjon. Et kontinuerlig regime kan gi færre brukerfeil og mindre risiko for graviditet, og kontinuerlig p-pillebruk har i enkelte randomiserte studier vist lavere graviditetsrate enn syklig (5). Det skal poengteres at hormonell prevensjon ikke er teratogen. I oversiktsartikkelen er det oppsummert tilstander som kan bedres med kontinuerlig p-pillebruk: dysmenoré, menstruasjonsrelatert migréne, premenstruell syndrom, menoragi, ovariecyster, endometriose og underlivssmerter (5).

Undersøkelser blant kvinner i Nederland, Tyskland og USA har vist at 37–80 % ønsket færre eller ingen menstruasjoner, og i en undersøkelse blant amerikanske barneleger og gynekologer fant man at 90 % hadde anbefalt forlenget p-pillesyklus for ungdom (5). Det finnes ikke tilsvarende norske undersøkelser, men mitt inntrykk er at det er mye usikkerhet blant helsepersonell som forskriver prevensjon, sannsynligvis på grunn av ufullstendig kunnskap om de biologiske effektene av hormoner. Usikkerheten vil selvsagt forplante seg til brukerne. Informasjonsbehovet er stort.

Det kan konkluderes med at det ikke er sett negative effekter av kontinuerlig bruk av p-pille, utover gjennombruddsblødninger. Studiene har vært begrenset til ett år, men det er ikke grunn til å tro at sikkerheten reduseres ved behandling over lengre tid. Gevinsten er bedring av en rekke menstruasjonsrelaterte symptomer, og ikke minst at kvinnene kan befries for de upraktiske aspektene ved månedlige blødninger. Kvinner må få rett til å bestemme over sine menstruasjoner.

**Mette Haase Moen**  
mette.moen@ntnu.no

Mette Haase Moen (f. 1944) er dr.med. og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykmønster. Hun er førsteammanuensis ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykmønster, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar for foredrag og konsulentvirksomhet fra Amgen, Bayer, MSD, Novo Nordisk og Pfizer.

### Litteratur

1. Legemiddelforbruket i Norge. [www.legemiddelforbruk.no](http://www.legemiddelforbruk.no) (28.12.2012).
2. Davis AR, Kroll R, Soltes B et al. Occurrence of menses or pregnancy after cessation of a continuous oral contraceptive. Fertil Steril 2008; 89: 1059–63.
3. Jukvam KH, Gudim HB. Medikamentell forskynning av menstruasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 166–8.
4. Vercellini P, Fedele L, Pietropaolo G et al. Progestogens for endometriosis: forward to the past. Hum Reprod Update 2003; 9: 387–96.
5. Wright KP, Johnson JV. Evaluation of extended and continuous use oral contraceptives. Ther Clin Risk Manag 2008; 4: 905–11.