
Bør antiprogesteron tas i bruk ved svangerskapsavbrudd?

REDAKSJONELT

IVERSEN O-E

Spørsmålet om medikamentelt induisert abort som alternativ til det kirurgiske inngrep, bør settes på dagsordenen. Populært snakkes det om "abortpille", som ikke må forveksles med "angrepille" som gjelder postkoitalantikonsepsjon, tidligere omtalt redaksjonelt i Tidsskriftet (1).

To ulike stoffer er effektive til medikamentelt induisert abort: antiprogesteronet mifepriston (RU 486) (2) og metotrexat, et cytostatikum (3). Da metotrexat vanligvis injiseres og er lite brukt, vil det ikke bli omtalt nærmere her. Mifepriston er et antiprogesteron med flere ulike virkninger, som for tiden utredes med tanke på prevensjon (noen få dager i forbindelse med ovulasjon), nødprevensjon, fødselsinduksjon, behandling av menoragier og potensielt også som cancerbehandling.

Den viktigste, og til nå mest kontroversielle bruk, er imidlertid den medikamentelle svangerskapsavbrytelse. Virkningen og sikkerheten er utprøvd og dokumentert i en rekke kliniske undersøkelser, ikke minst i Frankrike, Sverige og Storbritannia. Mifepriston gis i kombinasjon med et prostaglandinpreparat. Fra den opprinnelige beskrivelse er metoden modifisert, for det første ved at mifepristondosen er redusert til en tredel (200 mg) (4) og for det andre ved at det nå kombineres med et rimeligere og lettere tilgjengelig prostaglandin, misoprostol, som gis vaginalt (5, 6). Kostnadene er derved betydelig redusert. Metoden har en effektivitet på linje med den kirurgiske ved svangerskap opptil 63 dager (ni uker, regnet fra siste menstruasjons første dag). Ulemper med den medikamentelle metoden er at blødningen hos de fleste varer noe lenger, men det samlede blodtapet er ikke større (7). Det er oftere smerter som krever sterke analgetika, og medikamentene kan gi gastrointestinale bivirkninger som diaré og kvalme.

Det er et godt prinsipp at kirurgi skal benyttes når konservative metoder svikter eller ikke kan brukes. Ved provosert abort er dette snudd på hodet: Kirurgiske metoder brukes i dag til tross for at vi har medikamentelle metoder som er like sikre og effektive (8). Det viser seg at kvinnene opplever kirurgisk og

medikamentell abortmetode somlikeverdige (9). At sterilitet og alvorlige akutte komplikasjoner knyttet til narkose og kirurgi forekommer sjelden, eringen trøst for dem som rammes.

Medikamentell abort er i bruk i Sverige, Frankrike, England og Kina. Basert på svenske erfaringer som passer med detsom ellers er rapportert, kan vi anta at inntil 70% av alle svangerskapsavbrudd kan skje medikamentelt (10). Totredeler av kvinner som har gjennomgått behandling med denne metoden, angir at de ville foretrekke medisinsk abort fremfor kirurgisk (11), mens 95% vil anbefale den til andre (12). På den annen side er de aller fleste som gjennomgår kirurgisk abort, også fornøyd med den metoden (13).

Hvis vi skal begynne å bruke medikamentelt induisert abort i Norge, som alternativ til det kirurgiske inngrepet, som vi mener det er god grunn til, bør metoden helst prøves ut i et kontrollert klinisk forsøk. Selv om de medisinske forhold er godt utredet ved undersøkelser i andre land, er det ikke gitt at resultater når det gjelder psykologiske og sosiale aspekter uten videre kan overføres på forholdene i Norge.

Den praktiske gjennomføringen er at kvinnen tar mifepriston i sykehusavdelingen under overvåking av helsepersonell. Deretter går hun hjem og møter på sykehuset etter 48 timer, der prostaglandin gis transvaginalt. Hun blir så isykehuset de nærmeste timene. I den tiden vil de fleste abortere og kan få analgetika. Siden reiser de hjem og bør så kontrolleres ved klinisk undersøkelse og eventuelt svangerskapstest etter ca. fire uker. Den fulle kontroll med medikamenthåndtering vil således ligge til godkjent avdeling for utførelse av svangerskapsavbrudd. Slike avdelinger har godt utviklede medikamentrutiner, for eksempel for A-preparater. Frykten for at abortmedikamentet kan komme på avveie, virker overdrevet.

De øvrige rutiner blir uforandret, det vil si at kvinnen på forhånd skal undersøkes og kan diskutere sin situasjon med primærlegen som så må henvise videre til den gynekologiske avdeling der hun får ytterligere informasjon og forundersøkelse. Hvis hun henvender seg direkte til sykehuset, vil all informasjon bli gitt på poliklinikken der.

Hvis vi forutsetter at prøveperioden er avsluttet, og at resultatene gir grunn til å anbefale medikamentell abort som alternativ, kan kvinnen få full informasjon og deretter velge selv.

Den politiske debatten knyttet til medikamentelt induisert abort har i Norge, som mange andre land, stadig blusset opp. Emosjonene og standpunktene er gjerne sterke, men felles er at de færreste som uttaler seg vet hva metoden egentlig innebærer. Argumentasjonen er helst en forlengelse av debatten om hvorvidt vi skal ha selvbestemt abort. Deter feil debatt!

Problemstillingen er i dette tilfellet hvorvidt svangerskapsavbruddet skal skje ved den ene eller den andre metoden. I 1989 var det fremmet forslag i Stortinget om å innføre forbud mot medikamentelt induisert abort (14). Dette forslaget falt fordi flertallet ikke kunne se at det var tungtveiende grunner til å forby utprøving eller bruk av slike metoder. Vi kan derfor ikke se noe legalt hinder for bruken i Norge. Basert på gjeldende EØS/EU-regler for medikamenthåndtering skal det ikke være nødvendig med separat registrering i Norge for at et legemiddel skal bli tilgjengelig. De viktigste

motargumentene er at abortinngrepet "privatiseres", videre at medikamentet kan komme ut av kontroll og derved misbrukes, kanskje at "abort brukes som prevensjon". Nordiske erfaringer tyder imidlertid ikke på at dette vil skje. Sverige der man har hatt metoden i bruk i flere år, har hatt tilnærmet samme reduksjon i aborttallene i perioden 1991-94 som Danmark, Finland og Norge som ikke har hatt metoden i bruk. Island som heller ikke har brukt medikamentelt induisert abort, har imidlertid hatt en økning av abortene i samme tidsrom (15).

Etisk sett mener vi at abortinngrepene må gjøres på den enkleste og mest skånsomme kjente metode. Hensynet til kvinnene som gjennomgår abortinngrepene, særlig unge uten barn som har høyere risiko for komplikasjoner, må veie tyngst. Det kan også virke mindre stigmatiserende å slippe sykehusinnleggelse, selv om de fleste allerede i dag kun er dagpasienter.

Dessuten kan ressurser frigjøres til beste for andre kvinner som venter i operasjonsskøer. Vi bør også arbeide videre med dette medikamentet slik at det kan tas i bruk i u-land med dårlig sykehus/legetilbud. Professor Reynir Geirsson i Reykjavik går så langt i en lederartikkel som å kalle den politiske motstanden mot mifepriston "a wrong against humanity" (16).

Tiden er moden for at medikamentelle abortmetoder blir tatt i bruk. Makelighetshensyn og frykt for høy temperatur i debatten bør ikke lenger forsinke medisinske fremskritt. Medikamentelt fremkalt abort er et fullgodt alternativ etter vanlige kriterier for medisinsk teknologi: det er skånsomt, har få alvorlige bivirkninger, er mindre ressurskrevende og akseptabelt for de fleste kvinner som har erfaring med metoden. Hvorfor er ikke metoden i bruk for lengst også hos oss?

Utfordringen er å informere bredt om hva dette egentlig dreier seg om overfor kvinner, medier og særlig politikere.

Ole-Erik Iversen

Per Bergsjø

LITTERATUR

1. Iversen O-E, Nesheim B-I. P-pille som sekundær prevensjon. På tide med reseptfritak? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 662.
2. Ulmann A, Teutsch G, Philibert D. RU 486. Scientific American 1990; 262: 42-8.
3. Creinin MD, Vittinghoff E. Methotrexate and misoprostol vs. misoprostol alone for early abortion: a randomized controlled trial. JAMA 1994; 272: 1190-5.
4. World Health Organization Task Force on postovulatory methods of fertility regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. BMJ 1993; 307: 532-7.
5. El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton AA. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. N Engl J Med 1995; 332: 983-7.
6. Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: a review of the evidence. Obstet Gynecol 1997; 89: 790-6.
7. Roger MW, Baird DT. Blood loss following induction of early abortion using mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue (gemeprost). Contraception 1989; 40: 439-47.
8. Henshaw RC, Templeton AA. Mifepristone: separating fact from fiction. Drugs 1992; 44: 531-6.

9. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration: a patient-centered, partially randomized prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 812-8.
 10. Löfgren M, Eriksson L, Ildgruben A, Damber M-G. Medicinsk abort lika bra som kirurgisk. *Läkartidningen* 1997; 94: 3257-60.
 11. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1995; 27: 142-85.
 12. Thong KJ, Dewar MH, Baird DT. What do women want during medical abortion? *Contraception* 1992; 46: 435-42.
 13. Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993; 307: 714-7.
 14. St.meld. nr. 16 (1995-96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.: 144-5.
 15. Yearbook of Nordic Statistics 1996. Bd. 34. København: Nordisk Ministerråd, 1996: 320.
 16. Geirsson RT. A wrong against humanity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 873-4.
-

Publisert: 20. januar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.