

7 Prevensjon

Revmatoid artritt

P-piller fører ikke til en forverrelse av sykdommen, men man ser en tendens til en beskyttende effekt. Den beskyttende effekten synes ikke å være avhengig av dose, varighet eller når behandlingen startet (6,10). Mekanismen er fremdeles uklar.

Gestagener, ”minipillen”, kan brukes etter vanlige retningslinjer.

Levonova kan brukes etter vanlige retningslinjer med antatt stor sikkerhet.

Kobberspiral effekten kan tenkes redusert ved samtidig bruk av antiinflammatorisk medikasjon/steroider.

SLE og autoimmun sykdom

Kvinnelige SLE-pasienter har en økt risiko for forverring av sykdommen ved bruk av p-piller. Denne risikoen er relativ liten og SLE er ingen absolutt kontraindikasjon når det gjelder østrogenbruk. Dersom sykdommen er i en stabil fase er det ingen økt risiko for forverring. Pasienter med en mild utgave av sykdommen og stabil sykdom kan tilbys p-piller (1, 3,4, 8-10).

Undersøkelser viser at det er en økt risiko for utvikling av SLE hos kvinner som bruker p-piller (3, 8-10).

Østrogenholdige medikamenter skal ikke gis til SLE kvinner med :

- Middels til høyt titer av antifosfolipidantistoffer
- Aktiv nefritt
- Hypertensjon som ikke er vel kontrollert med medikamenter
- Arteriell eller venøs trombose i anamnesen
- Aktiv vaskulitt
- Kardiopulmonal trombosedisponerende sykdom
- Migrene, annen CNS affeksjon
- Epilepsi
- Røykere

For kvinner som ikke kan bruke p-piller er progesteron i form av depotmedikament eller gestagenspiral et mulig alternativ. Andre mekaniske prevensjonsmetoder kan også anvendes. Men ved tidligere tromboemboli, antifosfolipid antistoffer, nefritt, leversykdom, migrene og epilepsi bør man også unngå systemisk progesteronbehandling, men gestagenspiral kan benyttes som den minst risikofylte prevensjonsformen. Hos kvinner som bruker immunsuppressive medikamenter og kortikosteroider skal man være forsiktig med bruk av spiral da det øker risikoen for infeksjoner. Nuvaring (hormonell vaginalring) anbefales ikke ved de ovennevnte tilstander da det øker risikoen for sykdomsutvikling og tromboemboli (8-10).

Referanser:

1. Østensen M. Bruk av østrogen hos kvinner med systemisk lupus erythematosus- skal, skal ikke? Tidsskr Nor Lægeforening nr 27, 1996.
2. Spector TD, Roman E, Silman AJ. The pill, parity, and rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 1990; 33: 3237-3239
3. Petri M, Robinson C. Oral contraceptives and systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum, 1997; 40: 797-801.

4. Mok CC, Lau CS, Wong RWS. Use of Exogenous Estrogens in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum*, 2001; 30: 426-435.
5. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum*. 2004 Nov;50(11):3458-67.
6. [Doran MF, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE](#). The effect of oral contraceptives and estrogen replacement therapy on the risk of rheumatoid arthritis: a population based study. *J Rheumatol*. 2004 Feb;31(2):207-13.
7. [Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, van Zeben D, Breedveld FC, Hazes JM](#). Pregnancy and oral contraceptive use do not significantly influence outcome in long term rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2002 May;61(5):405-8.
8. Petri M, Kim M, Kalunian KC, Grossman, Bevrha HH et al. Combined Oral Contraceptives in Women with Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med* 2005; 353; 24: 2550-8.
9. Tincani A, Nuzzoo M, Lojacono A, Cattalini M, Meini A. Review: Contraception in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2007; 16: 600-5.
10. Sammaritano L. Therapy Insight: guidelines for selection of contraception in women with rheumatic diseases. *Nature Clinical Practise Rheumatology* 2007; 5:273-81.