

Medicinska riktlinjer för Inducerad abort, FARG 2009

ALLMÄNT

Organisationen av abortverksamheten ser olika ut på olika sjukhus/sjukvårdsinrättningar. I de flesta fall består verksamheten av ett teamwork mellan kuratorer, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor.

BESÖKET PÅ ABORTMOTTAGNINGEN

I anamnesen är följande faktorer viktiga att belysa:

- Antal graviditeter och utfall (för socialstyrelsens statistik).
- Kontraindikationer såsom överkänslighet mot mifepriston/misoprostol, blödningsrubbing, binjurebarksinsufficiens, okontrollerad svår astma.
- Hereditet för högt blodtryck och VTE samt tidigare erfarenheter av preventivmedel (för framgångsrik preventivmedelsrådgivning)
- Livsstil (för bedömning av STI-screening och för preventivmedelsrådgivning).
- Behov av stödsamtal

Abortbesöket skall innehålla information om preventivmedel då studier visat att motivationen att påbörja prevention är som störst i direkt anslutning till aborten. Målet skall vara att kvinnan har en fungerande preventivmetod med hög compliance då hon lämnar abortmottagningen.

Vid besöket på abortmottagningen skall följande undersökningar utföras:

- Screening för vaginos bör ske rutinmässigt. Vid vaginos skall patienten ha påbörjat behandling innan aborten. Screening för klamydia hos alla som söker för abort bör ske rutinmässigt med den metod som används vid kliniken. Behandling skall insättas före kirurgisk abort. Om svar ej föreligger kan man överväga att behandlas kvinnan som vore hon positiv. Övrig STI screening sker på indikation.
- Sedvanligt gynstatus med särskilt angivande huruvida uterus är retro- eller anteflekterad då detta har stor betydelse vid kirurgisk abort.
- Ultraljudsundersökning skall utföras för att fastställa graviditetens längd.

Kvinnan har alltid rätt att välja metod såvida den inte är direkt medicinskt olämplig. Tom v7 är medicinskt avbrytande den mest effektiva metoden.

MEDICINSK ABORT på sjukvårdsinrättning tom vecka 9+0

Medicinsk abort kan påbörjas vid positivt graviditetstest enligt nedan:

- Om man konstaterat en intrauterin hinnsäck med foster och/eller gule säck.
- Om hinnsäck utan foster/gulesäck eller ingen tydlig hinnsäck ses och ingen misstanke om X (blödning, smärta) eller mola föreligger skall bedömning göras om ultraljudsbilden kan stämma med senaste mensdata. Om data överensstämmer

kontrolleras ett S-hcg dagen före mifepristonintag och ca 1 vecka därefter för att kontrollera att S-hcg är i sjunkande. Patienten skall informeras om att extrauterin graviditet ej kunnat uteslutas och vid vilka symptom hon skall uppsöka sjukhus.

Behandling

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 24-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av patient eller personal
- Om kvinnan ej börjat blöda inom 3 timmar efter att hon tagit misoprostol ges ytterligare 0,4 mg misoprostol vaginalt (eller peroralt). Denna regim har visat sig ge fler kompletta aborter.

Smärtlindring bör ges i samband med administration av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID (ex 100mg Diklofenak eller 400mg Ibuprofen) som paracetamol (1g) och ev. tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Patienten observeras tills hon börjat blöda. I de fall patienten inte aborterat på mottagningen skall patienten informeras noggrant innan hemgång. Hon bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymptom.

MEDICINSK HEMABORT (t.o.m v 9+0)

Definition: Abort som inleds på sjukhus med intag av mifepriston och fullföljs hemma med administration av misoprostol enligt ovan.

Patienten skall:

- Vara fullt frisk
- Ha någon myndig närstående med under aborten
- Kunna förstå instruktioner och göra sig förstådd per telefon

Effekten av misoprostol bör utvärderas per telefon med patienten. Hon bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymptom.

EFTERKONTROLL vid medicinsk abort tom vecka 9+0

Vårdgivaren skall ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att efterkontroll utförs för att fastställa att graviditeten är avslutad. Då begreppet efterkontroll ej är tydligt definierat kan denna utföras på olika sätt utifrån kompetens och geografi etc. med hjälp av U-/S-hcg eller ultraljud.

Vid fortsatt graviditet erbjuds patienten kirurgisk abort alternativt kan hon erbjudas en ny medicinsk abort efter eget önskemål och medicinsk bedömning.

MEDICINSK ABORT VECKA 9+1 tom VECKA 12+0

Behandling

- Mifepriston 200 mg peroralt.

- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av patient eller personal.
- Om patienten ej aborterat inom 4 timmar, upprepas misoprostol med 0,4 mg peroralt var tredje timme max 4 ggr (dvs totalt max 1,6 mg misoprostol).
- Rh-profylax skall ges.

Smärtlindring bör ges i samband med inläggande av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID (ex 100mg Diklofenak eller 400mg Ibuprofen) som paracetamol (1g) och ev tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Om kvinnan ej aborterat under dagen, planeras för exaeres dagen efter.

MEDICINSK ABORT VECKA 12+1 tom VECKA 22+0.

Hos patienter med tidigare sectio bör risken för uterusruptur beaktas vid graviditetslängd över 18 veckor +0 dagar. Lägre misoprostoldoser kan övervägas. Observera risken vid användning av Synthocinon.

Fr.om v 18+1 skall ansökan göras till socialstyrelsens rättsliga råd.

Behandling:

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av patient eller personal.
- Om patienten ej aborterat inom 3 timmar, upprepas misoprostol med 0,4mg peroralt eller vaginalt var tredje timme max 4 ggr (dvs totalt max 1,6 mg misoprostol).
- Laktationshämning skall ges vid graviditetslängd över 15-16 veckor.
- Rh-profylax skall ges.

Om kvinnan ej aborterat under dagen:

- Ges ytterligare mifepriston 200mg peroralt. på kvällen
- Avvakta till morgondagen och starta om enligt ovan med 0,8mg misoprostol vaginalt samt upprepa misoprostoladministrationen med 0,4mg peroralt var tredje timme med ytterligare 4 doser misoprostol.
- Vid utebliven abort upprepa enligt ovan. Tillägg med Laminaria kan övervägas liksom byte av prostaglandinanalogue till Cervagem 1mg var tredje timme. Om medicinsk behandling misslyckas och aborten behöver avslutas kirurgiskt skall detta ske genom dilatation och extraktion (D&E) av van kirurg (from v13+1, se nedan).

Smärtlindring bör ges i samband med inläggande av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID (ex 100mg Diklofenak eller 400mg Ibuprofen) som paracetamol (1g) och ev tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Övriga smärtlindringsmetoder: PCB och Epiduralbedövning

Efter fostrets framfödande kan 1 ml Syntocinon (5E) ges iv.

Om placenta ej avgår spontant skall patienten undersökas i gynstol. I de fall man ser placenta skall denna fattas med ringtång eller fingrar och med hjälp av Credés handgrepp försöka lösas spontant. I de fall detta misslyckas men patienten inte blöder kan man avvakta och ev. ge ytterligare misoprostol.

Exaeres skall utföras om

- Patienten blöder
- Om placenta ej avgår trots åtgärder

KIRURGISK ABORT

Behandling:

- Vacuumaspiration till och med v 12+0. Rekommenderas ej tidigare än v 7+0 och efter 13+0. I vecka 12+0 till 13+0 endast av gynekolog med särskild kompetens.
- Från v 13+1 Dilatation & Evakuering (D&E) (Kan utföras av gynekolog med särskild kompetens v13+1 till 15+0). Övriga kirurgiska metoder skall ej användas
- Rh-profylax skall ges.

Förbehandling för farmakologisk cervixdilatation

- 0,4 mg misoprostol vaginalt (alternativt sublingualt) 3 timmar preoperativt
- Alternativt: 200 mg mifepriston 24-48 timmar preoperativt

Kan ges till alla patienter men bör särskilt ges i nedanstående fall

- Vid rigid cx samt tidigare konisering:
- Nullipara
- <18 åå
- Samtliga patienter med gravlängd $\geq 10+0$ veckor

Syntocinon 5 IE iv kan ges vid behov under operationen efter ordination av respektive operatör.

Vid kirurgiska aborter skall man förvissa sig om att graviditeten är avslutad. Vid osäkert abortutbyte kan detta ske med ultraljudsundersökning i omedelbar anslutning till operationen.

Preventivmedel efter abort

Samtliga hormonella metoder bör påbörjas direkt efter kirurgisk abort. Implantat kan sättas in vid operationen. Vid medicinsk abort kan hormonell antikonception påbörjas samma dag eller dagen efter misoprostolbehandlingen. Spiral kan sättas in i samband med operation eller vid återbesöket efter medicinsk abort.

EFTERKONTROLL

Skall erbjudas alla kvinnor som genomgått kirurgisk abort.

Utarbetat av FARG november 2009

Referenser:

ARG rapport 54 om Inducerad abort

Abortlagen, SFS 1974:595, ändring 1980:222, 1995:660,

Socialstyrelsensförfattningssamling, SOSFS 2009:15(M)