

SFOG-råd för Inducerad abort, FARG 2020

ALLMÄNT

Organisationen av abortverksamheten ser olika ut på olika sjukhus/sjukvårdsinrättningar. I de flesta fall består verksamheten av ett samarbete mellan kuratorer, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa råd beskriver kortfattat hur abort skall handläggas. Mer detaljerad information finns i ARG-rapport nr 78 Inducerad abort.

BESÖKET PÅ ABORTMOTTAGNINGEN

I anamnesen är följande faktorer viktiga att belysa:

- Antal graviditeter och utfall.
- Överkänslighet mot mifepriston/misoprostol, blödningsrubbning/antikoagulantia, binjurebarksinsufficiens, okontrollerad svår astma.
- Förekomst och hereditet för högt blodtryck, interkurrenta sjukdomar och venös tromboembolism (VTE).
- Livsstil (för bedömning av provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar (STI) och för preventivmedelsrådgivning).
- Behov av stödsamtal och ev sociala åtgärder.

Abortbesöket ska innehålla information om preventivmedel då studier visat att motivationen att påbörja en preventivmetod är som störst i direkt anslutning till aborten. Målet ska vara att kvinnan har en fungerande preventivmetod med hög compliance då hon lämnar abortmottagningen. Långverkande preventivmedel har visat sig minska andelen kvinnor som gör en ny abort. Vg se kapitel om preventivmedelsrådgivning i senaste ARG-rapporten. SFOG har kvalitetsmål avseende preventivmedelsrådgivning vid abort. Personalen som arbetar på abortmottagningen ska vara uppdaterade i preventivmedelsrådgivning vid abort samt dessa kvalitetsmål.

Vid besöket på abortmottagningen ska följande undersökningar utföras:

- Screening för bakteriell vaginos bör ske rutinmässigt. Vid bakteriell vaginos ska patienten helst ha påbörjat behandling innan aborten.
- Screening för klamydia bör ske rutinmässigt med den metod som används vid kliniken. Behandling ska insättas före kirurgisk abort. Om svar ej föreligger kan man överväga att behandla kvinnan som vore hon positiv. Vid medicinsk abort kan kvinnan behandlas i efterhand. Aborten ska inte fördröjas pga uteblivet prov eller i väntan på provsvar. Övrig STI screening sker på indikation.
- Sedvanlig gynekologisk undersökning med särskilt angivande huruvida uterus är retro- eller anteflekterad då detta har stor betydelse vid kirurgisk abort.
- Ultraljudsundersökning för att fastställa graviditetslängd.

Kvinnan har alltid rätt att välja metod såvida den inte är direkt medicinskt olämplig. Tom vecka (v) 7 är medicinskt avbrytande det mest effektiva.

MEDICINSK ABORT

Medicinsk abort kan påbörjas vid positivt graviditetstest enligt nedan:

- Om man konstaterat en intrauterin hinnsäck med foster och/eller gulesäck.
- ”Very early medical abortion” (VEMA). Om hinnsäck utan foster/gulesäck eller ingen hinnsäck ses, men ingen misstanke om ektopisk graviditet (blödning, smärta) eller mola föreligger ska bedömning göras om ultraljudsbilden kan stämma med menstruationsdata. Om data överensstämmer kontrolleras ett s-hcg dagen för mifepristonintag (OBS- provet måste bedömas som adekvat i förhållande till status) och ca 1 vecka därefter för att kontrollera att s-hcg är i sjunkande. S-hcg ska minska med minst 80 % på 1 vecka. Patienten ska informeras om att extrauterin graviditet ej kunnat uteslutas och vid vilka symptom hon ska uppsöka sjukhus.

MEDICINSK ABORT på sjukvårdsinrättning tom vecka 10+0

Behandling

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 24-72 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller personal. Om kvinnan ej börjat blöda inom 3 timmar efter att hon tagit misoprostol ges ytterligare 0,4 mg misoprostol (vaginalt, sublingvalt eller peroralt). Kvinnor gravida mellan 9+0 -10+0 veckor får en tredje dos misoprostol att ta vb efter ytterligare 3 timmar. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges (försämrat upptag). Sublingual administration kan användas som alternativ.

Smärtlindring bör ges i samband med administration av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev. tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

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

MEDICINSK HEMABORT (t.o.m vecka 10+0)

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

- Vara frisk – dvs ha adekvat fysisk och psykisk hälsa och inga medicinska tillstånd som kan öka risken för akut komplikation
- Rekommenderas att ha någon myndig närstående med under aborten
- Kunna förstå instruktioner och göra sig förstådd per telefon

Kvinnan bör särskilt informeras om att ta kontakt vid fortsatta graviditetssymptom.

EFTERKONTROLL vid medicinsk abort tom v 10+0

Vårdgivaren ska 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 t ex via självtest hemma med lågkänsligt u-hcg, (rekommenderas i första hand) s-hcg (ska göras vid VEMA), eller ultraljud.

Mellan vecka 9+0 – 10+0 rekommenderas uppföljning på klinik. Obs att lågkänsligt u-hcg ej bör användas efter v9+0.

Vid fortsatt graviditet erbjuds patienten kirurgisk abort eller en ny medicinsk abort efter eget önskemål och medicinsk bedömning.

MEDICINSK ABORT VECKA 10+1 tom VECKA 12+0

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller personal.
- Om kvinnan ej aborterat inom 4 timmar, upprepas misoprostol med 0,4 mg peroralt/sublinguallt eller vaginalt var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges (försämrat upptag).
- Rh-profylax behövs ej.

Smärtlindring bör ges i samband med inläggande av misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger).

Om kvinnan ej aborterat under dagen kan man planera för exeres nästkommande dag eller på kvinnans begäran fortsätta medicinsk behandling dagen efter.

MEDICINSK ABORT VECKA 12+1 tom VECKA 21+6

Hos patienter med tidigare sectio bör risken för uterusruptur beaktas vid graviditetslängd över 18 veckor +0 dagar. Lägre misoprostoldoser kan övervägas. Man kan starta med halverad dos och öka efter 1 dygn om kvinnan ej verkar få effekt. Vid utdraget förlopp bör man vara särskilt uppmärksam. Observera risken för ruptur vid användning av oxytocin, som aldrig får ges utan adekvat primingeffekt och moget cervixstatus.

From v 18+1 ska ansökan göras till socialstyrelsens rättsliga råd.

Behandling:

- Mifepriston 200 mg peroralt.
- Efter 36-48 timmar administreras misoprostol 0,8 mg vaginalt av kvinnan eller personal.
- Om kvinnan ej aborterat inom 3 timmar, upprepas misoprostol med 0,4mg peroralt eller vaginalt var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges. Fortsätt administrera misoprostol var 3e timme tills aborten sker eller tills man vill bryta för natten.
- Om kvinnan ej aborterat under dagen: Ge ytterligare mifepriston 200mg peroralt snarast.
- Avvakta till morgondagen och starta om enligt ovan med 0,8mg misoprostol vaginalt samt upprepa misoprostol-administrationen med 0,4mg peroralt alternativt gå över till sublingual administration var tredje timme. När kvinnan börjat blöda ska vaginalt misoprostol ej ges.
- Amniotomera om möjligt.
- Vid utebliven abort upprepa enligt ovan ytterligare 1 omgång/dag (3 dagar med misoprostol). Antibiotikaprofylax bör övervägas om amniotomi utförts.
- Överväg mekaniska dilatationsmetoder såsom ballongkateter eller osmotiska dilatorer såsom Dilapan eller laminaria.

I sista hand ska kirurgisk ultraljudsledd dilatation och evakuering (D&E) utföras med aborttång alternativt digital evakuering av fostret och placentalösning. Oxytocinstimulering ska inte ges då cervix är sluten pga risken för uterusruptur, men kan ges i samband med kirurgisk evakuering för att få uteruskontraktion under och efter ingreppet.

Smärtlindring bör ges samtidigt med misoprostol och kan förslagsvis innehålla såväl NSAID som paracetamol och ev tillägg av oralt morfinderivat (om ej kontraindikation föreligger). Övriga smärtlindringsmetoder: PCB, Epiduralbedövning.

Efter fostrets framfödande kan 8,3 mikrogram (5IE) oxytocin ges iv.

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

Exaeres ska utföras om

- Kvinnan blöder
- Om placenta ej avgår trots adekvata åtgärder och väntan

Laktationshämmning kan övervägas vid graviditetslängd över v 14+6.

Rh-profylax ska ges till Rh-negativa kvinnor.

KIRURGISK ABORT

Behandling:

- Vacuumaspiration till och med v 12+0. Rekommenderas ej tidigare än v 7+0 och ej efter v 13+0. I vecka 12+0 till 13+0 endast av gynekolog med särskild kompetens.
- Från v 13+1 D&E (Kan utföras av gynekolog med särskild kompetens v 13+1 till 15+0). Övriga kirurgiska metoder ska ej användas.
- Rh-profylax ska ges till Rh-negativa kvinnor.
- Syntocinon 8,3 mikrogram (5 IE) iv kan ges vid behov under operationen.

Förbehandling för farmakologisk cervixdilatation:

- 0,4 mg misoprostol sublinguallt 1 timme eller vaginallt 3 timmar preoperativt
- Alternativt: 200 mg mifepriston 24-48 timmar preoperativt

Förbehandling, dvs farmakologisk cervix-priming ska ges till alla alla kvinnor som ska genomgå kirurgisk abort.

Vid kirurgiska aborter ska man förvissa sig om att graviditeten är avslutad. Vid osäkert abortutbyte kan detta ske med ultraljudsundersökning i omedelbar anslutning till operationen. Om man har fastställt att graviditeten är avslutad, behövs inte ytterligare efterkontroll.

ADMINISTRATION OCH PÅBÖRJANDE AV PREVENTIVMEDEL EFTER ABORT

(Nedan förutsätts att kvinnan valt den preventivmetod som nämns)

Implantat

Implantat bör sättas in dagen för mifepristonbehandling vid medicinsk abort eller vid kirurgisk abort.

Spiral

Spiral bör sättas in inom 7 dagar efter mifepristonbehandling i samband med medicinsk abort i alla graviditetslängder eller i särskilda fall vid återbesöket efter medicinsk abort. Spiral sätts in i samband med kirurgisk abort, och vid ev exeres efter II-trimesterabort.

Sterilisering

Bör ej utföras i samband med aborten men kan bokas i samband med denna. Adekvat antikonception ska förskrivas fram till operation.

Övrig hormonell antikonception

Vid medicinsk abort kan hormonell antikonception påbörjas samma dag som misoprostolbehandlingen eller senast dagen efter. Vid kirurgisk abort påbörjas hormonell antikonception samma dag eller senast dagen efter aborten. P-ring kan startas efter några dagar då blödningsmängden minskat, men senast inom 5 dagar.

Utarbetat av FARG januari 2020

Referenser:

ARG rapport 78 om Inducerad abort

Abortlagen

Socialstyrelsens författningssamling