

Provosert abort

[Line Bjørge](#)

Mette Løkeland

Kevin Sunde Oppegaard

(oppdatert 13.11.2017, tidligere versjoner i [arkivet](#)).

Anbefalinger

- **Anbefaler:**
 - ¹Medikamentell og kirurgisk abort bør være tilgjengelig ved alle avdelinger opp til 12. Svangerskapsuke
 - ²Medikamentell abort til alle etter utgangen av 12. svangerskapsuke
 - ³Anti-D profylakse til alle RhD-negative kvinner ved aborter som gjennomføres etter 9 svangerskapsuke (≥ 63 dager) og ved alle aborter som gjennomføres med kirurgisk metode
- **Foreslår:**
 - ⁴Administrasjon av anti-D profylakse kan vurderes gitt til RhD-negative kvinner ved medikamentelle aborter som gjennomføres før 9. svangerskapsuke (≤ 62 dager)
- **Anbefaler ikke:**
 - ⁵Rutinemessig ultralydundersøkelse ved oppfølging etter medikamentell abort

ICD 10 koder

O04.9 Abortus provocatus

Søkestrategi

- ¹Litteratursøk: Ikke systematiske søk i PubMed, Up to date og Cochrane Database og oppdatering av forrige veileder.
- ²Andre kilder: Retningslinjer fra Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, data fra Abortregisteret
- ³Andre forhold som er vektlagt: Klinisk erfaring, egen forskning, alminnelig akseptert praksis og styrevedtak fra Norsk Gynekologisk Forening

Definisjon

Svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov

Legale aspekter

- ¹Regulert i "Lov av 13. juni 1975, nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endring i lov av 16. juni 1978 nr. 66" med virkning fra 1. januar 1979¹
- ²Selvbestemt abort inntil utgangen av 12. uke / 84 dager, beregnet fra siste menstruasjons første dag gir kvinnen rett til selv å bestemme valget om å avbryte eller fullføre et svangerskap. "Lov av 2. juli 1999, nr 63 om pasientrettigheter" gir kvinnen rett til å bestemme valget av sykehus og metode²
- ³Ved varighet over 12 fullgatte uker/ 84 dager, må søknaden behandles i nemnd.
- ⁴Kvinnen kan søke sykehuset direkte
- ⁵Legen som signerer begjæringen, har ansvar for å gi informasjon om inngrepets art, mulige komplikasjoner og råd om prevensjon
- ⁶De regional helseforetakene er ansvarlige for å organisere sykehustjenesten i regionen slik at alle sider ved abortloven blir ivaretatt
- ⁷Helsepersonell i sykehus kan reservere seg mot å assistere ved- eller å utføre behandlingen. Fritaket omfatter ikke journalskrivning, pleie, stell eller håndtering av komplikasjoner
- ⁸Alle aborter skal meldes elektronisk til Abortregisteret. Regulert i Helseregisterloven [LOV-2001-05-18-24-§8](#)³ og Abortregisterforskriften av 2007⁴

Forekomst⁵

- ¹Ca 15.000 aborter årlig, relativt stabile tall i perioden 2008-2013 med fallende abortrater i alle aldersgrupper
- ²Aldersgruppen 20-29 år har høyest abortrate
- ³95% av abortene blir utført i første trimester
- ⁴Livstidsrisiko nær 40%
- ⁵Kvinner av fremmedkulturell bakgrunn har hyppigere forekomst av abort⁶

Oppfølging/behandling

Diagnostikk, begjæring og utredning

- *Amenoré og positiv graviditetstest
- *Rhesus-typing og chlamydiaprøve anbefales, HIV- og hepatittstatus etter samtykke hos risikopasienter
- *Begjæring: Kvinnen kan fremsette denne hos fastlege eller ved direkte kontakt med gynekologisk avdeling
- *Kvinnen får time ved behandlende avdeling for informasjon og undersøkelse
- *"Journal ved begjæring av svangerskapsavbrudd" utfylles
- *Sykehuset har ansvar for tilbud om rådgivning
- *Svangerskapets varighet tar utgangspunkt i siste menstruasjons første dag og skal i tillegg vurderes ved klinisk undersøkelse. Ved behov kan vaginal ultralyd brukes som et supplement.
 - *Dersom svangerskapets varighet bedømmes med ultralyd, vil følgende mål være veiledende for å bestemme når fosteret er 12 fullgatte uker:⁷
 - *BPD (biparietal diameter) ytre/ytre 26 mm
 - *BPD ytre/indre 23 mm
 - *CRL (isse-sete lengde) 66 mm (dette svarer til 95 percentilen for foster ved 12 uker/84 dager).
 - *Presisering: Verktøy som ultralyd/snurra/terminhulet viser 50 percentilen. Ved bruk av disse vil 66mm korrelere med 90 dager, men skal registreres i abortjournalen som sendes Abortregisteret som 12 uker)
 - *FL (femurlengde) 12 mm
- *Prevensjonsveiledning kan gis
 - *Ved medikamentell abort kan spiral legges inn ved eller p-pille kan starte fra samme dag eller dagen etter aborten^{8, 9}
 - *Ved kirurgisk abort kan p-pille tas fra operasjonsdagen eller dagen etter eller spiral kan legges inn ved avslutningen av inngrepet^{8, 9}

Behandling

Før utgangen av 12. svangerskapsuke (< 84 dager)

Medikamentell abort

- *Kan anvendes i hele 1. trimester
- *Kontraindikasjoner:
 - *Manglende språkforståelse
 - *Hjemmeabort bør ikke gjennomføres om kvinne ikke har mulighet til å ha noen hos seg
- *Amning: Ingen restriksjoner¹⁰
- *Reiseavstand fra sykehus: Ingen restriksjoner¹¹

< 9. Svangerskapsuke (< 63 dager)^{11, 12}

- *Mifepristone 200 mg pr. os inntas på sykehuset
- *24-48-timer senere innlegges pasienten som dagpasient, eller hun fullfører behandlingen hjemme. Det gis 800 mcg misoprostol vaginalt eller sublingualt.
 - *Dersom kvinnen ikke har abortert etter 4-6 timer kan man gir man 400 mcg misoprostol peroralt eller sublingualt eller man kan avvente med avtale om å kontakt ved behov
- *95-98 % aborterer i løpet av få timer
- *Kvalme behandles med metoklopramid tablett eller stikkpiller.
- *Analgetika regimer
 - *Profylakse: Samtidig med misoprostol administreres 1g paracetamol (po/sup) som stikkpille) og diclofenac 50-100 mg eller annen NSAID po/sup¹³
 - *Moderate smerter: 1g paracetamol po/sup inntil 4 ganger og diclofenac 50 mg eller annen NSAID po/sup inntil 3 ganger
 - *Ved hjemreise kan pasienten få med seg tablett eller stikkpiller som inneholder paracetamol og/eller NSAID
- *For hjemmebehandling må avdelingen utarbeide egne rutiner for administrasjon av kvalmestillende og smertestillende samt hvordan pasienten kan komme i kontakt med avdelingen etter behov.
- *Administrasjon av 1500 IE anti-D-immunoglobulin i.m. innen 72 timer etter aborten kan vurderes til gitt til Rhesus-(D)-negative kvinner^{14, 15, 16}

9. – 12. svangerskapsuke (63 – 83 dager)¹⁷

- *Mifepristone 200 mg pr. os inntas på sykehuset etter avtale
- *42-48 timer senere innlegges pasienten i avdelingen. 800 mcg misoprostol (4 tablett à 200 mcg) vaginalt eller 800 mcg misoprostol sublingualt.
- *Hvis ikke abort etter 4-6 timer gis misoprostol 400 mcg sublingual hver 3. time inntil abort.
 - *Maksimal dose 5/døgn
- *Hvis kvinnen ikke har abortert etter 5. dose misoprostol vurderes kirurgisk abort (eller gjentatt medikamentell prosedyre med misoprostol neste dag)

- **Analgetikaregime**
 - **Profylakse:** Samtidig med misoprostol administreres 1g paracetamol (po/sup) som stikkpille) og diclofenac 50-100 mg eller annen NSAID po/sup
 - **Moderate smerter:** 1g paracetamol po/sup inntil 4 ganger og diclofenac 50 mg eller annen NSAID po/sup inntil 3 ganger
 - **Sterke smerter:** Oksykodon 5 mg po, morfin 10 mg eller ketobemidon 5 mg im, inntil 3 ganger
 - **Ved hjemreise** kan pasienten få med seg tabletter eller stikkpiller som inneholder paracetamol og/eller NSAID
- **Rhesus-(D)-negative** får 1500 IE anti-D-immunoglobulin i.m. innen 72 timer etter aborten¹⁴

Kirurgisk abort¹⁸

- **Kan anvendes** hele 1. trimester
- **Medikamentell modning** av cervix før abortinngrep bør være rutine hos nullipara og de som ikke har født vaginalt.¹⁹ Dette kan tilbys alle kvinner uavhengig av paritet da bivirkningsfrekvensen er lav.
 - **Misoprostol** (3 tabletter 200 mcg) utleveres pasienten ved journalopptak. Disse settes vaginalt hjemme kl 5.30 etter vannlating dagen som inngrepet skal utføres. Alternativt 1 time sublingualt før inngrepet.
- **Vakuumaspirasjon** utført i generell anestesi eller i paracervical blokade (PCB). Det dilateres med hegar stifter til 1 mm større enn planlagt diameter på vakuumsug. Revisjon av kaviteten med butt kyrette vurderes individuelt. Man har ikke vist sikker nytteeffekt ved bruk av oxytocin gitt i.v. i forbindelse med prosedyren.²⁰
- **Amming:** Ingen restriksjoner på grunn av prosedyren
- **Reiseavstand** fra sykehus til hjemmet: Ingen restriksjoner på grunn av prosedyre
- **Rhesus-(D)-negative** får 1500 IE anti-D-immunoglobulin i.m. innen 72 timer etter aborten¹⁴

Avbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke (≥ 84 dager)

- **Forutsetter** nemdsbehandling, og at begjæringen er innvilget¹

Prosedyre²¹

- **Medikamentelt kombinasjonsregime** med mifepristone/misoprostol er rutine
- **I de tilfelle** der dette anses som ønskelig kan man tilby føtucid ved injeksjon av kaliumklorid intracardielt i fosteret ved graviditeter som er lengre kommet enn 20+6 uker²² før man starter det medikamentelle kombinasjonsregimet
- **Mifepristone** 200 mg peroralt kl 09-21 1. dag
- **36-40 timer senere** blir pasienten innlagt og får misoprostol (Cytotec®) 800 mcg vaginalt, og som smerteprofylakse en stikkpille kodein i kombinasjon med paracetamol
- **Misoprostol** (Cytotec®) 400 mcg per os hver 3. time inntil abort
 - **Maksimal dose:** 5/døgn. Analgetika etter behov
- **Hvis** kvinnen ikke har abortert etter 5. dose misoprostol, gis misoprostol 200 mcg per os ved midnatt etter vaginal eksplorasjon. Neste morgen fortsettes misoprostol-medikasjonen som over. Alle dosene settes vaginalt av jordmor eller lege. Først 800 mcg misoprostol, deretter 400 mcg hver 3. time inntil abort
 - **Maksimal dose:** 5/døgn
- **Dersom** svangerskapet er langt kommet kan man når rier oppstår også starte oxytocininfusjon
- **Ved manglende respons** bør ballongkateter og/ eller hinnerivning forsøkes.
- **I sjeldne tilfeller** må det utføres sectio minor.
- **Ved sterk blødning** etter komplett eller inkomplett abort utføres utskraping
- **Laktasjonshemning** vurderes individuelt

Generelle tiltak

- **Avdelingen** må ha rutiner for håndtering av fosteret
- **Rhesus-(D)-negative** får 1500 IE anti-D-immunoglobulin i.m. innen 72 timer etter aborten¹⁴

Oppfølging

Medikamentell metode

< 9 uker (< 63 dager)

- *Hver avdeling bør utarbeide egne rutiner
- *Alternativer¹³:
 1. Ingen kontroll, men informere kvinnen om å ta en svangerskapstest dersom hun føler seg gravid
 2. Lav sensitiv u-hCG-test (500 IU/L eller høyere) etter 1 uke
 3. Høy sensitiv h-hCG-test etter 4 uker. Ved positiv test tar kvinnen kontakt med lege for s-hCG
 4. s-hCG
 5. Klinisk kontroll. Vaginal ultralydundersøkelse bør ikke brukes rutinemessig, kun ved mistanke om komplikasjoner
- *Om man påbegynner medikamentell abort uten at man har sett plommesekk eller amnionhule, bør man kontrollere serum-hCG (s-hCG) dagen før mifepristone-inntak og kontrollere s-hCG igjen etter en uke for å se om serum-hCG faller i tilstrekkelig grad

9-12 uker (63 -83 dager)

- *Rutinekontroll er ikke påkrevet dersom en har visualisert svangerskapsprodukter
- *Kvinne informeres om å ta en svangerskapstest dersom hun føler seg gravid

Kirurgisk metode

Rutinekontroll ikke påkrevet

Avbrudd etter 12. svangerskapsuke (≥ 84 dager)

- *Ettersamtale er obligatorisk når indikasjonen var fosteravvik
- *Klinisk undersøkelse på indikasjon

Komplikasjoner

- *Ca. 5 %
- *Metodesvikt kan forekomme ved begge behandlingsformer
- *Akutte komplikasjoner like hyppig ved kirurgisk som medikamentell abort
- *Type komplikasjoner:
 - *Medikamentell abort: Behandlingstrengende blødning (profuse eller forlenget), rester og infeksjon
 - *Kirurgisk abort: Behandlingstrengende blødning, rester, infeksjon, perforasjon av uterinkaviteten, reaksjon på anestesimidler.
 - *Ved erkjent eller mistenkt perforasjon bør pasienten observeres i avdelingen noen timer, evt. over natten

Chlamydia²³

- *Medikamentell abort: Ved positiv prøve gis tabletter med doksyklin 100 mg x 2 i 7 dager, blå resept § 4, pkt.1,
- *Kirurgisk abort: Ved positiv prøve gis doxycyclin tabletter 100 mg x 2 per os i 14 dager
- *Partner henvises for undersøkelse, smitteoppsporing og behandling hos egen lege eller ved venerisk poliklinikk

Forløp og prognose

- *Oftest ukomplisert
- *Psykiske reaksjoner kan forekomme, spesielt hos sårbare personer
- *Et ukomplisert svangerskapsavbrudd påvirker ikke fremtidig fertilitet

Referanser

1. Lov om svangerskapsavbrudd.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-502>.
2. Lov om pasientrettigheter.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter/Publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter.pdf>
3. Helseregisterloven. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-24>
4. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i register over svangerskapsavbrudd.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-14-1418>
5. Folkehelseinstituttet. Register oversvangerskapsavbrudd.
<http://www.fhi.no/dokumenter/34a94add79.pdf>
6. Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, et al. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:1355.
7. Abortforskriften. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635>
8. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception* 2009; 80: 355-7.
9. Okusanya BO1, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; nr. 7: CD001777.
10. Sääv I, Fiala C, Hämäläinen JM, et al. Medical abortion in lactating women—low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89: 618-22.
11. Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, et al. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 647-53.
12. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; nr. 11: CD002855.
13. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, et al. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet* (akseptert for publikasjon) Publisert online 30. oktober 2014
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61054-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61054-0)
14. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, et al. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfus Med* 2014; 24: 8-20.
15. Dansk nasjonal veileder om provosert abort. http://www.dsog.dk/hindsgavl/medicinsk_abort_guideline_2008.pdf
16. Svensk nasjonal veilder om provosert abort. <https://www.sfog.se/media/16105/Riktlinjer%20inducerad%20abort.pdf>
17. Løkeland M, Iversen OE, Dahle GS, et al. Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstet Gynecol* 2010; 115:962-8.
18. Yonke N, Leeman LM. First-trimester surgical abortion technique. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013; 40 :647-70.
19. Oppegaard KS, Qvigstad E, Nesheim BI. Oral versus self-administered vaginal misoprostol at home before surgical termination of pregnancy: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2006; 113: 58-64.
20. Nygaard IH, Valbø A, Heide HC, et al. Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 174-8.
21. Wildschut H, Both MI, Medema S, et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; nr. 1: CD005216.
22. Pasquini L, Pontello V, Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG* 2008; 115:528-31.

23. Legemiddelhåndboken. <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/1304?expand=1>