

Spontanabort

Maria B Ræder

Anne-Lone Wollen

Rune Braut

Ragnhild Glad

## Anbefalinger

Dersom en mistenker ektopisk svangerskap anbefales ny hCG etter 48 timer, for å vurdere økningen av HCG. Det er overlapp i endringene som kan sees ved svangerskap som ender i et viabelt svangerskap, ektopisk svangerskap og en spontanabort og selv med en forventet økning i hCG på 35 % på 48 timer vil svangerskap kunne feilklassifiseres.

Vi foreslår at pasienter med økt risiko for, eller økt risiko ved blødning, bør innlegges for behandling av spontanabort.

Vi anbefaler *misoprostol* 800 µg vaginalt som førstevalg ved medisinsk behandling av spontanabort.

## Søkestrategi

Grunnlaget for anbefalingene i dette kapittelet er ikke-systematiske litteratursøk i PubMed og Cochrane Database, samt oppdatering av forrige veileder

Vi har også lagt vekt på anbefalinger, slik de framkommer blant annet i "NICE guidelines"

## Forekomst

Opptil 20-30 % av erkjente svangerskap ender med spontanabort, men forekomsten er sterkt avhengig av alder<sup>1</sup>. De fleste skjer i første trimester.

## Diagnostikk

Ultralydkriterier for diagnosen<sup>2</sup>:

- \*CRL  $\geq$  7 mm uten hjerteaksjon.
- \*Gjennomsnittsdiameter av gestasjonssekk  $\geq$  25 mm uten fosteranlegg (med eller uten plommesekk).
- \*Fravær av fosteranlegg med hjerteaksjon  $\geq$  2 uker etter en ultralydundersøkelse som viste en gestasjonssekk uten plommesekk.
- \*Fravær av fosteranlegg med hjerteaksjon  $\geq$  11 dager etter en ultralydundersøkelse som viste gestasjonssekk med plommesekk.

Ved UL-undersøkelse som er inkonklusiv anbefaler vi å gjenta UL-undersøkelsen etter 7- 10 dager og ved mistanke om ektopisk svangerskap er det nyttig å måle hCG nivået og hCG stigningen etter 48 timer (IIa).

## hCG

Det absolutte hCG verdien i et viabelt svangerskap har stor spredning og må tolkes med forsiktighet. Ved et svangerskap med ukjent lokalisasjon og hCG > 3000 IU er sannsynlighet for at svangerskapet ender i et vellykket intrauterint svangerskap 0,5 %<sup>2</sup>.

Dersom en mistenker ektopisk svangerskap anbefales ny hCG etter 48 timer, for å vurdere økningen av hCG. Det er overlapp i endringene som kan sees ved svangerskap som ender i et viabelt svangerskap, ektopisk svangerskap og en spontanabort og selv med en forventet økning i HCG på 35 % på 48 timer vil svangerskap kunne feilklassifiseres. hCG – seriemålinger må således alltid tolkes med forsiktighet og vurderes sammen med klinikken for øvrig<sup>3</sup> (IIa)

## Differensialdiagnoser

- \*Tidlig intrauterin viabel graviditet
- \*Ektopisk svangerskap
- \*Mola

## Terminologi

Man bør unngå å bruke begreper som "blighted ovum" og "missed abortion", som er eldre begreper som i dag bør erstattes med en mer presis patofysiologisk terminologi<sup>4</sup>.

- \*Komplett spontanabort: Defineres som intrauterint innhold under 15 mm og opphørt blødning.
- \*Inkomplett spontanabort.
  - \*Med heterogent uterin-innhold >15 mm, eller lavere ved persisterende blødning.
  - \*Intrauterin plommesekk uten fosteranlegg (anembryonalt svangerskap)
  - \*Intrauterint fosteranlegg uten hjerteaksjon

De siste 2 gruppene kan presentere seg med eller uten blødning og smerte.

Svangerskap med fosteranlegg kan videre klassifiseres som:

- \*Tidlig spontanabort:  
Påvist fosteranlegg med en størrelse som tilsvarer svangerskapslengde på 12 uker eller kortere.
- \*Sen spontanabort:  
Fosteranlegg med en størrelse som tilsvarer over 12 ukers svangerskapslengde.

## Etiologi / Risikofaktorer

- \*Alder over 30 år
- \*Overvekt og undervekt
- \*Alkohol inntak
- \*Anatomiske forhold (myoma uteri, septum etc)
- \*Sykdom hos foreldre (PCOS, hypotyreose, kromosomavvik)
- \*Bakteriell vaginose
- \*Cervixinsuffisiens
- \*Røyking
- \*Hypotyreose
- \*Kromosomfeil hos fosteret

Det kan være nyttig å gi informasjon om potensielt modifiserbare risikofaktorer<sup>5</sup>

## Behandling

Behandlingen bør være individualisert og basert på kliniske funn, komorbiditet, og kvinnens ønske. Informasjon om forventet forløp og komplikasjoner er sentralt for en vellykket behandling.

Følgende momenter bør tas hensyn til<sup>6-9</sup>

- \*Ekspekterende behandling i 1 til 2 uker bør være førstevalget, særlig ved lave magesmerter og blødning<sup>10</sup> (I).
- \*Medisinsk behandling kan primært foretrekkes ved anembryonale svangerskap, eller ved synlig fosteranlegg, ettersom ekspekterende behandling har dårlige suksessrate hos disse. Dersom en har bestemt seg for medisinsk behandling bør en ikke evaluere effekten før etter 2 uker (I)
- \*Pasienter med økt risiko for, eller økt risiko ved blødning, bør innlegges for behandling. Dette gjelder for pasienter med fosteranlegg over 9 ukers gestasjonslengde, ved koagulopatier, lang reisevei og lignende (II)
- \*Kirurgisk behandling vurderes ved mislykket ekspekterende eller medisinsk behandling, og gjøre alltid ved mistanke om infeksjon (II).

Ved medisinsk behandling:

- \*Vi anbefaler *misoprostol* 800 µg vaginalt som førstevalg. Ved innleggelse anvendes ofte et regime med repeterte doser av *misoprostol* (II).
- \*Alle pasienter bør få kvalme og smertestillende medikamenter sammen med *misoprostol* (V).

Informasjon om forventet forløp er svært viktig for vellykket behandling, og denne bør gis både muntlig og skriftlig.

## Rhesusprofylakse (anti-D)

Alle rhesus negative ikke-senibiliserte kvinner som mottar kirurgisk behandling for spontanabort bør tilbys minst 250 IE anti-D rhesus profylakse<sup>11,12</sup>. Profylaksen bør gis så snart som mulig og innen 72 timer, men kan ha effekt helt til opptil 10 dager etter hendelsen (V).

Vi anbefaler ikke rhesus profylakse forøvrig ved spontaborter under 12 ukers svangerskapslengde. Ved svangerskapslengde over 12 uker anbefaler vi minst 250 IE anti-D rhesus profylakse rutinemessig<sup>13</sup> (V).

Det presiseres at dokumentasjonen på dette punktet er svært mangelfull og hvorvidt en skal tilby rhesus profylakse ved medisinsk behandling er ikke avklart<sup>12</sup>.

## Oppfølging

- \*Pasienten bør få god informasjon forventet forløp og prognose. Pasienten oppfordres til å ta kontakt ved feber og magesmerter eller ved uvanlig stor/langvarig blødning.
- \*Mange pasienter opplever en betydelig sorgreaksjon. Disponerte pasienter med tidligere psykologisk morbiditet, tidligere aborter, manglende sosial støtte, bør følges opp i forhold til dette, gjerne hos fastlege.
- \*Sengeleie har ingen dokumentert effekt.
- \*Sykemelding vurderes.

## Komplikasjoner

- \*Infeksjon
- \*Anemiserende/langvarig blødning
- \*Intrauterine synekier etter kirurgisk behandling
- \*Depresjon

## Forløp

Oftest ukomplisert

## Prognose

Etter en spontanabort oppnår over 80 % et senere vellykket svangerskap, særlig alder og antall tidligere spontanaborter påvirker denne sannsynligheten<sup>14</sup>.

## Pasientinformasjon

Småblødning og fluor er vanlig i 2 uker etter spontanaborten.

Kontakte lege ved feber eller infeksjonstegn eller uventet langvarig eller kraftig blødning.

## Litteratur

1. Wilcox, A. J. *et al.* Incidence of early loss of pregnancy. *The New England journal of medicine* **319**, 189-194, doi:10.1056/NEJM198807283190401 (1988).
2. Doubilet, P. M. *et al.* Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *The New England journal of medicine* **369**, 1443-1451, doi:10.1056/NEJMra1302417 (2013).
3. Morse, C. B. *et al.* Performance of human chorionic gonadotropin curves in women at risk for ectopic pregnancy: exceptions to the rules. *Fertility and sterility* **97**, 101-106 e102, doi:10.1016/j.fertnstert.2011.10.037 (2012).
4. Chen, B. A. & Creinin, M. D. Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical obstetrics and gynecology* **50**, 67-88, doi:10.1097/GRF.0b013e31802f1233 (2007).
5. Feodor Nilsson, S., Andersen, P., Strandberg-Larsen, K. & Nybo Andersen, A. M. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* **121**, 1375-1385, doi:10.1111/1471-0528.12694 (2014).
6. Newbatt, E., Beckles, Z., Ullman, R., Lumsden, M. A. & Guideline Development, G. Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance. *Bmj* **345**, e8136, doi:10.1136/bmj.e8136 (2012).
7. Trinder, J. *et al.* Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *Bmj* **332**, 1235-1240, doi:10.1136/bmj.38828.593125.55 (2006).
8. Zhang, J. *et al.* A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England journal of medicine* **353**, 761-769, doi:10.1056/NEJMoa044064 (2005).
9. Nanda, K., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Peloggia, A. & Nanda, G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *The Cochrane database of systematic reviews* **3**, CD003518, doi:10.1002/14651858.CD003518.pub3 (2012).
10. Creinin, M. D. *et al.* Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics and gynecology* **107**, 901-907, doi:10.1097/01.AOG.0000206737.68709.3e (2006).
11. in *Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance* (2012).
12. Karanth, L., Jaafar, S. H., Kanagasabai, S., Nair, N. S. & Barua, A. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev* **3**, CD009617, doi:10.1002/14651858.CD009617.pub2 (2013).
13. Qureshi, H. *et al.* BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfusion medicine* **24**, 8-20 (2014).
14. Smith, L. F., Ewings, P. D. & Quinlan, C. Incidence of pregnancy after expectant, medical, or surgical management of spontaneous first trimester miscarriage: long term follow-up of miscarriage treatment (MIST) randomised controlled trial. *Bmj* **339**, b3827, doi:10.1136/bmj.b3827 (2009).