# 

# Missfall

**Inkomplett missfall:** graviditets-rester kvar efter inducerad eller spontan abort före 22+0. För att säkert kunna ställa diagnosen med enbart ultraljud måste tidigare ultraljud ha bekräftat en intrauterin graviditet (hinnsäck med gulesäck eller foster).

Om en kvinna har genomgått en behandling för abort eller missfall och kommer åter med blödning, uteslut menstruationsblödning innan åtgärd!

**Uteblivet missfall** (missed abortion): hinnsäck med icke-viabelt foster eller ofostrig graviditet finns kvar i livmodern. Vid pågående blödning kan det vara svårt att skilja från pågående missfall.

**Ultraljud**

Missfall bör bedömas av läkare med adekvat UL-kompetens. ***Observera att ST-läkare skall bekräfta missfallsdiagnos med en specialistläkare innan behandling ges****.* Återbesök för nytt UL kan ske hos ÖPV gynekolog alt. på ST-mottagning. **Graviditetslängd** avgörs av fostrets storlek – inte senaste mens eller tidigare ultraljud. (Se även SFOGs råd om Ultraljudsdiagnostik i tidig graviditet.)

**1) Tom kavitet:**

* Tidigare bekräftad intrauterin graviditet: bedöms som komplett missfall. Ingen åtgärd krävs.
* Inte tidigare bekräftad intrauterin graviditet betraktas som graviditet av oklar lokalisaton/PUL

🡪 sHCG tas vid besöket och upprepas efter 48h för att utesluta extrauterin graviditet. (Se separat PM om PUL och extrauterin graviditet.)

**2) Intrauterin hinnsäck utan synligt foster**:

Mät medelhinnsäcksdiameter (3 mått). Ifall det är en misstänkt pseudohinnsäck ska sHCG tas vid besöket samt efter 48h – bedöms som PUL.

* Hinnsäcksdiameter ≤25 mm: nytt UL efter 10-14 dagar. Om ingen tillväxt eller fortsatt tom, sannolikt missfall.
* Hinnsäcksdiameter ≥26 mm: sannolikt missfall.

**3) Intrauterin hinnsäck med foster utan hjärtaktivitet, med mätbart CRL:**

* CRL <7mm: undersökningen bör upprepas efter 10-14 dagar. Om ingen tillväxt: sannolikt missfall.
* CRL ≥7mm: sannolikt missfall.

**Missfall < v12**

Det är kvinnans symtom och inte ultraljudsfynd som styr eventuell behandling. Remiss kan komma från CFM eller extern vårdgivare. Dessa bokas till läkare på abort-mottagningen för information om behandlingsalternativ och vid behov second opinion-ultraljud. Läkemedel administreras av sjuksköterska eller barnmorska på mottagningen. Om kvinnan söker på gyn-akuten administreras läkemedel av sjuksköterska på akut-mottagningen.

Behandlingsalternativ:

1. **Exspektans** 2-3 veckor

* Vid **inkomplett missfall** kommer >80% vara kompletta av sig själv inom 2 veckor. Då kan kvinnan själv boka tid till ÖPV gynekolog för kontroll om ca 14 d för kontroll ifall hon önskar.
* Inte alls lika effektivt vid uteblivet missfall med sluten cervix och ringa blödning.
  + Vid **uteblivet missfall** kan tid ombesörjas hos ÖPV-gynekolog eller ST-mottagning om ca 14d.
  + Om oförändrat status efter exspektans genomförs medicinsk eller kirurgisk behandling.

1. **Medicinsk behandling**:

* Påskyndar förloppet vid inkomplett missfall.
* Bör rekommenderas i första hand vid uteblivet missfall.
* Om behandlingen ska utföras hemma eller på avdelningen avgörs utifrån blödningen och hur mycket hon förväntas blöda samt eventuella sjukdomar hos kvinnan.
* Vid uteblivet missfall vecka **10+1 till 11+6 bör behandling ges på dagvården**.

|  |  |
| --- | --- |
| Inkomplett missfall | Misoprostol engångsdos: 3 tabl p.o. (0,6mg) eller 2 tabl sublingualt (0,4mg) |
| Uteblivet missfall | Behandling som vid inducerad abort:  Dag 1: Mifepriston 200 mg p.o.  Dag 2/3: Misoprostol (T Cytotec®) 0,8 mg (4 tabl) vaginalt (eller 2+2 sublingualt vid riklig blödning)  🡪 Om kvinnan ej börjat blöda inom 3 h:  Misoprostol 0,4 mg (2 tabl) vaginalt, sublingualt eller peroralt |
| Analgetika + Antiemetika | 1) Paracetamol 500mg 2x4  2) Ibuprofen 600 mg 1x2  3) OxyNorm 5 mg vb  4) Metoklopramid 10mg vb |

Information till kvinnan:

* Informationsbroschyr och muntlig info om förväntad blödning, smärta osv.
* Mifepriston: vid kräkning inom 1h efter intagen tablett ska kvinnan komma åter för ny tablett.
* Ny bedömning vid utebliven blödning 1 vecka efter behandling.
* Uppsök gyn-akuten vid feber, riklig blödning (mer än två maxi bindor per timme under mer än två timmar) eller ihållande svår smärta.
* Ny läkar-bedömning ifall blödning pågår mer än 3 veckor efter missfallet.
* Frikostig inställning till uppföljande kontroll vid behandling av uteblivet missfall. Kan ske via ÖV-gynekolog.
* Fråga kvinnan ifall hon behöver preventivmedel efter missfallet. Vid medicinsk behandling kan hormonell behandling påbörjas eller implantat sättas när missfallet bedöms vara komplett. Cykelbaserad antikonception kan inte påbörjas förrän menstruation återkommit.

**3) Kirurgisk behandling**:

Förstahandsval vid misslyckad medicinsk behandling, cirkulatoriskt påverkad patient, ymnig blödning.

* Vid infektion bör antibiotika bör ges helst minst 1 dygn innan op – detta för att minska risk för perforation. Ifall kvinnan behöver läggas in på grund av svår infektion skall intravenös antibiotika ges.
* Förbehandling med ***misoprostol 0,4mg (2 tabl.) sublingualt 1h innan op***.
* **Rh-profylax\*** ska ges till Rh-negativa vid alla kirurgiska interventioner.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riskvärdering exceres** | | |
|  | **Hög Risk** | **Låg Risk** |
| **Riskfaktorer** | * Tidigare sectio * Tidigare uterus-kirurgi * BMI >25 * Under puerperiet eller ammande * Kraftigt ante eller retroflekterad uterus * Pågående infektion | * BMI <25 * Frisk kvinna * Inga tidigare uterusoperationer * Normalformad uterus * Tagit Cytotec pre-operativt |
| **Åtgärder** | * Strukturerad time-out och avslut * Kvinnan får gå hem tidigast efter 2 timmar utan läkarbed. enbart ifall VAS <3 och NEWS 0. * Bör ha specialistläkare närvarande. * Rekommenderas att exceres görs ultraljuds-lett. | * Strukturerad time-out och avslut * Kvinnan får gå hem tidigast efter 1 timme utan läkarbed. enbart ifall VAS <3 och NEWS 0 * Kan utföras av ST-läkare självständigt efter ”uppkörning” |

**Missfall > 12+0 veckor**

Kvinnan och ev partner befinner sig ofta i kris. De behöver information om hur behandlingen går till och psykologiskt stöd. Kuratorskontakt ska alltid erbjudas, kontaktas via remiss. Sjukskrivning erbjuds.

Barnmorskan frågar om patienten/partnern vill se fostret, om de har några särskilda önskemål gällande omhändertagandet och erbjuder kuratorskontakt. Information ges om att fostret fotograferas och att bilden kan fås via kuratorn. Om något annat än anonymt omhändertagande av fostret önskas, behöver kurator kopplas in, även om behov inte finns för övrigt.

Patienten kanske inte kan bestämma sig vid inskrivningen, utan behöver fundera ett tag, eller ändra sig under själva processen.

**Pågående missfall**

* Lägg in kvinnan på avdelningen.
* Vid kraftig blödning påbörjas behandling direkt med misoprostol 3 tabl (0,6mg) p.o. eller 2 tabl (0,4 mg) sublingualt. Behandlingen kan behöva upprepas.
* Vid tecken till infektion (feber, förhöjda infektionsprover) påbörjas intravenös antibiotikabehandling.
* Om endast ringa blödning eller enbart vattenavgång kan förloppet exspekteras. Är fostret inte längre viabelt ges behandling som vid uteblivet missfall.

**Uteblivet missfall**

I de flesta fall behöver behandling inte påbörjas samma dag utan barnmorska eller sjuksköterska kan ombesörja tid för behandling på avdelningen.

|  |  |
| --- | --- |
| Behandling |  |
| Dag 1 | * Mifepriston 200mg p.o. intas på abortmottagningen |
| Dag 3 (36-48h senare) | * Misoprostol 0,8 mg (4 tabl) vaginalt på avd. * Om pat. inte aborterar : Misoprostol 0,4 mg (2 tabl) sublingualt/vag/p.o.. Dosen upprepas var 3:e timme högst 4 ggr (tot 8 tabl) * Om hon inte aborterat under dagen ges Mifegyne 200mg p.o. kl 20 |
| Dag 4 | Upprepa förfarandet för dag 3. Amniotomera om möjligt. Överväg antibiotika om vattenavg. >18h. |
| Dag 5 | Upprepa förfarandet för dag 3.  Överväg även en eller flera av nedanstående:   * Amniotomi om möjligt. * Mekanisk dilatation med Dilaplan®/Laminaria eller ballongkateter. * Byte till Minprostin® 2mg vaginalt. Kan upprepas efter 6 timmar * Dilatation och evakuering på operation. Oftast behövs inte ytterligare dilatation – var försiktig med hänsyn till perforationsrisk. Evakuering helst digitalt. Om det inte går kan största abort-tång användas av erfaren gynekolog. |
| Efter fostrets framfödande | * 1 ml Syntocinon® (5E) iv. * Rh-profylax\* till Rh negativa |
| Smärtlindring | * Ibuprofen 400 mg x3 + Paracetamol 1g x4 * Pracervikalblockad (PCB) av läkare eller specialutbildad barnmorska med 10 ml Marcain® 2,5 mg/ml x 2. Kan upprepas efter 1h. Om ytterligare behövs skall läkare kontaktas. * TENS * Oxynorm® 5 mg som kan upprepas efter 4h * Injektion Morfin 10 mg/ml 1 ml iv alt Ketogan Novum® 5 mg/ml 1 ml sc. * Illamående: Metoklopramid 10 mg (max 30 mg/24 h) po alt. Primperan® 5 mg/ml 2 ml iv. |
| Laktation > v15 | Undvik helst medicinsk behandling pga biverkningar. Om patienten ändå vill ha behandling ges Dostinex® 0,5 mg 2 tabl. Se PM om Avbrytande av laktation vid abort och vid påbörjad amning. |

\*Enligt ARG rapporten Graviditetsimmunisering räcker det med 500IE (100 µg) v 12+0 - 20+0 och 1250-1500IE (250-300 µg) efter v 20+0, men i nuläget används på kliniken RhD-profylax 1500 IE i en förfylld spruta (Rhophylac®) som skall ges till Rh-negativa vid kirurgisk abort eller sent medicinskt avbrytande.

**Placenta**

* Om placenta inte avgår spontant: avvakta ca 1h om kvinnan inte blöder.
* **Kontakta läkare vid blödning >500 ml**
* Läkare bör undersöka patienten i gynstol. Om placenta ses skall denna lösas manuellt med Credés handgrepp alt. med ögletång.
* Om det misslyckas och patienten inte blöder kan misoprostol 0,4 mg po (2 st tabl) ges. Förnyad undersökning när det gått 2 timmar. Ifall placenta fortfarande inte avgått bör den då lösas på operation.
* Exeres endast vid behov så som vid blödning eller om placenta inte avgår trots åtgärder eller om stor placentarest finns kvar i uterus. Observera att det finns ökad risk för perforation och överväg ulj-ledd exeres.

**Efter behandlingen:**

* Överväg sjukskrivning till kvinnan och partnern i 10-14 dagar pga krisreaktion.
* Överväg remiss för PAD – särskilt om önskemål finns från CFM.
* Erbjud kuratoskontakt.
* Informationsbroschyr och muntlig info.
* Evidens för hygienråd saknas.

Referenser

* *Inducerad abort- ARG rapport nr 78*
* *FARG råd för behandling av missfall, 2020*
* *NICE guidelines 2012 (updated 2017)*
* *NJEM Missed abortion*
* [*https://www.sfog.se/media/335570/ultraljudsdiagnostik-av-missfall-i-tidig-graviditet-ultra-arg-2017-12-15.pdf*](https://www.sfog.se/media/335570/ultraljudsdiagnostik-av-missfall-i-tidig-graviditet-ultra-arg-2017-12-15.pdf)
* *Obstetriskt ultraljud- ARG rapport nr 73*
* *SFOG-råd Ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet, Ultra ARG 2017-12-15*

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 3 | 2020-10-19 | Uppdaterad | Kristina Cederblad |
| 2 | 2020-01-27 | Justeringar i innehåll och layouten. | Kristina Cederblad, Kristina Gemzell och Gunilla Tegerstedt |
| 1 | 2019-03-19 | Nytt dokument, utarbetat av Stefhanie Romero och Kristina Gemzell Danielsson | Tekla Lind |