# 

# Tidig graviditet - Ultraljudsdiagnostik och handläggning av blödning/smärta i tidig graviditet

**ALLMÄNT**

* Alla kvinnor med blödning i tidig graviditet ska erbjudas läkarundersökning inkluderande ett vaginalt ultraljud
* Ultraljudsundersökningarna ska utföras av läkare som har kompetens att utföra och bedöma en ultraljudsundersökning i tidig graviditet.
* Det är verksamhetschefens ansvar att tillse att de läkare som utför undersökning för att fastställa viabilitet i tidig graviditet har **adekvat utbildning** och **erfarenhet** i gynekologisk ultraljudsdiagnostik.
* För att få ställa diagnosen icke viabel intrauterin graviditet är minimikravet godkänd examination (praktisk och teoretisk, inklusive loggbok) efter Svensk Förenings i Obstetrik och Gynekologi (SFOG) baskurs i gynekologisk och obstetrisk ultraljudsdiagnostik Syftet med ultraljudsundersökningen är att lokalisera graviditeten och att identifiera ett embryo eller foster med hjärtaktivitet
* Vid kraftigt förstorad uterus eller annan patologi som myom eller ovarialcystor där vaginalt ultraljud inte är diagnostiskt skall den vaginala ultraljudsundersökningen kompletteras med abdominell ultraljudsundersökning
* Kvinnor som avböjer vaginalt ultraljud skall erbjudas rektalt ultraljud i första hand och abdominellt ultraljud i andra hand. De olika undersökningsmetodernas begränsningar skall förklaras för patienten.
* Man skall vid viabilitetsbedömning aldrig ta hänsyn till graviditetslängden beräknad enligt datum för senaste menstruation.
* Diagnosen komplett spontanabort får inte ställas på en enda ultraljudsundersökning som visar en livmoderhåla utan hinnsäck. Detta gäller även om livmoderslemhinnan är tunn. Man måste tidigare ha sett en klar intrauterin hinnsäck för att få lov att ställa diagnosen komplett missfall, eftersom en uteruskavitet utan hinnsäck kan indikera att det rör sig om en ektopisk graviditet.
* Ultraljudsundersökning av kvinnor med blödning i tidig graviditet skall dokumenteras med ultraljudsbilder och/eller videosekvenser. Dessa skall sparas.
* S-hCG har inget värde för att fastställa om en intrauterin graviditet är viabel eller ej.
* Syftet med ultraljudsundersökningen är att:

1/ Bedöma fostrets viabilitet

2/ Fastställa graviditetens läge (intra/ extrauterint)

**Genomförande av ultraljudsundersökning i tidig graviditet**

Första steget vid ultraljudsundersökningen är att identifiera cervix. Cervikalkanalen skall följas upp till livmoderhålan. Livmodern skall undersökas från sida till sida och uppifrån fundus ned till cervix. Det är av stor vikt att genomsöka hela livmodern inklusive livmoderhalsen. Den primära frågeställningen är att beskriva om hinnsäcken sitter på korrekt plats, d.v.s. i livmoderhålan. I ultraljudsundersökningen ingår också en undersökning av adnexregionen bilateralt för att upptäcka en eventuell ektopisk graviditet.

Om hinnsäcken ses på korrekt ställe i livmoderhålan, eftersöks ett embryo med hjärtaktivitet i hinnsäcken.

Om ett embryo ses men ingen säker hjärtaktivitet, mäts embryots Crown-Rump Length (CRL). Förekomst av gulesäck noteras.

Om inget embryo ses, mäts hinnsäcken: tre mot varandra vinkelräta diametrar.

Observera att det kan finnas fler än en hinnsäck, eller fler än ett embryo i samma hinnsäck. Antalet hinnsäckar, embryon och gulesäckar skall noteras och hjärtaktivitet skall eftersökas i varje enskilt embryo. Chorionicitet skall noteras vid flerbörd.

I första hand skall vaginalt ultraljud göras, i andra hand rektalt och i tredje hand abdominellt ultraljud. Det är viktigt att vara medveten om de begränsningar som både rektalt och abdominellt ultraljud har. Om man inte ser något säkert viabelt intrauterint med rektalt/abdominellt ultraljud kan man inte i tidig graviditet utesluta viabel graviditet, utan graviditeten bör följas upp med ny undersökning om 14 dagar.

**Bedömning av viabilitet**

Ser man en hinnsäck med gulsäck kan man vara säker på att det rör sig om en intrauterin graviditet. Ses ej hjärtaktivitet skall man följa patienten med ultraljud om 7-14 dagar beroende på när man kan förväntas se hjärtaktivitet.

Vid bedömning av tidiga graviditeter med ultraljud är det mycket viktigt att optimera ultraljudsbilden för att man inte skall göra missbedömningar. För att optimera möjligheterna att se fosterhjärtat slå använd gärna programmet för tidig graviditet som finns i ultraljudsapparaten. I övrigt gäller det att förstora upp bilden, zooma, samt använda ett fokus som placeras i höjd med el strax bakom fostret. *Observera att ST-läkare skall konfirmera missfallsdiagnos med en specialist certifierad i gynekologiskt ultraljud. Om certifierad ultraljudsanvändare ej finns att tillgå ska patienten bokas in för ett uppföljande ultraljud om 7-14 dagar.*

**Bedömning av graviditetens läge**

Ses endast rester i kaviteten kan man inte vara säker på att det rör sig om ett missfall. Dessa patienter skall handläggas som graviditeter av oklar lokalisation. Misstänk extrauterin graviditet vid avsaknad av intrauterin hinnsäck i kombination med ett eller flera av följande: smärta, resistens utanför livmodern, riklig vätska i fossa Douglasi, p-hCG > 2000 IU/l eller platåvärden efter 48 timmar (se nedan).

**Handläggning av patienter med intrauterina graviditeter**

1/ *Patienter med levande intrauterina graviditeter,*

Kontrolleras ej ytterligare.

Undantag: Vid dåliga prognostiska tecken (se nedan) kan man erbjuda återbesök efter 7-14 dagrar

2/ *Patienter med missfall enligt nedanstående kriterier*

Handläggs enligt PM för missfall. Alla missfall skall konfirmeras av ultraljudscertifierad specialist. Vid minsta tveksamhet om patienten uppfyller missfallskriterierna skall patienten erbjudas återbesök om 7-10 dagar. Missfall skall dokumenteras med bild som sparas i ultraljudsapparaten märkt med patientens namn och personnummer.

*3/ Intrauterint belägen graviditet där fostret < 7 mm, där hjärtaktivitet ej ses*

Återbesök ges om en till två veckor beroende på hur stor hinnsäcken är. Ta ej P-HCG!

**Ultraljudskriterier missfall**

1/ Medel hinnsäcksdiameter (längd+bredd+djup/3) > 25mm utan synligt foster/gulesäck

2/ Medel hinnsäcksdiameter < 25 mm utan tillväxt på 2 veckor

3/ Foster > 7 mm utan hjärtaktivitet

4/ Foster < 7 mm utan tillväxt på en vecka

**Tänk på**

* En hinnsäck som växer långsamt eller inte alls mellan två ultraljudsundersökningar med en veckas mellanrum i tidig graviditet är inget säkert tecken på missfall
* Hinnsäcken i en viabel graviditet kan växa med enbart 0.2mm per dag, alltså endast 1.4mm på en vecka
* Man har observerat viabla graviditeter där hinnsäck eller CRL inte vuxit alls mellan två undersökningar med en veckas mellanrum
* För hinnsäckens medeldiameter och CRL i tidig graviditet har man observerat en interobserver variation på. +- 19% respektive +-15% när erfarna undersökare utförde mätningarna
* En medelhinnsäcksdiameter på 20mm för en undersökare kan motsvara 17-25 mm för en annan undersökare.
* CRL på 6mm för en undersökare kan motsvara 5-7 mm för en annan undersökare
* Skillnaderna i mätresultat när samma undersökare upprepar mätning av hinnsäckens medeldiameter eller CRL är betydande även när erfarna undersökare utför mätningarna.

**Prognostiska tecken** som ej är diagnostiska men som kan vara av bra att känna till

Dålig prognos: frånvarande, liten (< 3 mm), oregelbunden eller stor (> 7 mm) gulsäck före v. 9+, fosterhjärtfrekvens < 100slag/min efter v.6+.

Hematom påverkar inte prognosen, normal hjärtaktivitet innebär bra prognos.

# Graviditet av oklar lokalisation

Definition: Patient med positivt U-hCG där graviditet ej ses vare sig intrauterint eller extrauterint. Endometriets utseende kan variera (tjockt, tunt). Ibland ses en pseudohinnsäck (ofta centralt belägen, långsträckt utan hyperekogen halo) och andra gånger ses bara rester i kaviteten. Utanför livmodern kan man ha normalt fynd eller se en oklar resistens.

Det kan röra sig om en normal tidig graviditet, spontant missfall, ektopisk graviditet, eller en graviditet av oklar lokalisation i som går i spontan regress utan att man kan fastställa dess läge. Det är viktigt att följa dessa patienter tills graviditetens lokalisation kan fastställas eller till hCG är negativt (<3).

**Handläggning av graviditet med oklar lokalisation**

*Patienter med positiv graviditetstest, oklart lokaliserad graviditet, utan smärtor*

P-hCG, tas vid första besöket, P-HCG tas igen efter 48 timmar, se separat flödesschema. Sätt gärna upp patienten till ”gravmottagningen” om lämplig tid finns.

*Patienter med positiv graviditetstest, där graviditet ej kan ses, med smärtor*

P-hCG tas. Överväg inläggning. Individuell bedömning enligt PM för ektopisk graviditet.

# hCG mätning och tolkning

Hos en viabel intrauterin graviditet stiger HCG nivåerna med minst 66 % inom loppet av 48 timmar. Det är viktigt att inte ta p-HCG för tätt eftersom mätfelet kan vara upp till 10%. En normal stegring utesluter ej extrauterin graviditet eftersom 17 % av dessa stiger normalt. Subnormal stegring av p-hCG utesluter inte viabel graviditet eftersom 15% av de viabla intrauterina graviditeterna har en subnormal stegring. Intrauterin graviditet bör ses när p-hCG är över 2000 IU/l.

HCG stegringen under de 48 första timmarna

Grupp hCG ratio = Sannolik diagnos Åtgärd

hCG 48h/ hCG 0h

1 < 0.87 missfall hCG + ultraljud om 1v

2 0.88 -1.65 ektopisk graviditet Secondopinion ultraljud snarast. Överväg skopi

3 > 1.66 viabel intrauterin grav Nytt ultraljud om 1v eller när hCG beräknas vara >2000IU/

OBS! Alla patienter skall informeras om att söka igen vid tilltagande blödning eller smärta innan det planerade återbesöket

# Ektopisk graviditet

# Ultraljudsfynd vid X

1/ Heterogen resistens vid sidan av ovariet

2/ “Bagel sign” = hinnsäck +/- gulesäck

3/ Foster med/utan hjärtaktivitet i intakt hinnsäck utanför livmodern

Tänk på att

* 85 % av de extrauterina graviditeterna sitter på samma sida som corpus luteum
* Smärta vid kompression med ultraljusstaven, vätska i Douglas talar för X.
* Diffdiagnos vid heterogen adnexresistens kan vara normal tidig graviditet med corpusluteum blödning.

**Patienter med ultraljudsmässigt misstänkt ektopisk graviditet**

Stabila patienter bör få diagnosen konfirmerad av ultraljudsvan kollega – gärna på ultraljudsavdelningen. För handläggning av ektopisk graviditet – se separat PM

**Versionshistorik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 2 | 2017-09-25 | Flyttat dokument till tema-struktur | Ameli Norling |
| 1 | 2016-02-18 | Nytt PM | Gunilla Tegerstedt |