

Gäller för: Kvinnosjukvård

Giltig från: 2025-09-10

Innehållsansvar: Jennet Redjepova, (jenre3), Underläkare, ST

Giltig till: 2027-09-10

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Missfall

Innehåll

Revidering i denna version	1
Bakgrund.....	1
Syfte.....	2
Mål.....	2
Telefonrådgivning.....	2
På Gynmottagning/AVC.....	2
Komplett missfall (O03.9).....	3
Inkomplett missfall (O03.4).....	4
Uteblivet missfall (O02.1).....	5
Ofostrig graviditet (O02.9)	7

Revidering i denna version

Inga ändringar i denna version.

Bakgrund

Spontanabort är den vanligaste komplikationen vid tidig graviditet. Mellan 8 – 20 % av alla tidiga graviditeter slutar med missfall. Risken för missfall ökar vid stigande maternell ålder samt vid tidigare missfall. Vaginal blödning är vanligt under första trimestern, tid för kontroll erbjuds vid persisterande blödning trots smärtfri patient. Missfall kan vara ett stort trauma för paret, erbjud alltid kuratorskontakt. Enligt riktlinjer från UltraARG förordas att diagnoserna "Uteblivet missfall" samt "Ofostrig graviditet" ställs av två doktorer varav minst

en ska ha adekvat utbildning och kompetens i ultraljudsteknik, detta för att minimera risken för felbedömningar. Utifrån en nyligen publicerad artikel i NEJM (Schreiber et al) rekommenderas nu Mifepristone som förbehandling vid "Uteblivet missfall" och "Ofostrig graviditet".

Syfte

Optimera omhändertagandet av patienter med blödning i tidig graviditet. Följ Ultra ARGs riktlinjer för ultraljudsdiagnostik och minimera risken för felbedömningar.

Mål

Erbjuda patienter med missfall en strukturerad och säker handläggning.

Telefonrådgivning

Anamnes

- Mensdata; sista mens, datum för positivt graviditetstest.
- Blödning; mängd, duration
- Smärta; Intensitet, lokalisation, karaktär
- Tidigare ultraljud?
- Tidigare graviditeter/missfall/utomkvedshavandeskap/infertilitet

Handläggning

- Tid inom ett dygn vid anamnes på kraftig blödning och/eller stark smärta samt vid misstanke på utomkvedshavandeskap.
- Tid inom en vecka; blödningsduration >3 dagar, recidiverande blödning, tidigare missfall
- Vid sparsam blödning <3 dagar och utan riskfaktorer enligt ovan rekommenderas ny telefonkontakt vid persisterande blödning

På Gynmottagning/AVC

Sjuksköterskans/undersköterskans uppgift

1. Vid stabil patient
 - Blodtryck, puls och Hb.
 - Kontrollera blodgruppering.
2. Vid instabil patient
 - Samma åtgärder som ovan, mätvärden tas upprepade gånger fram till dess att patienten stabiliserats
 - Sätt Venflon och vid behov RingerAcetat.
 - Tillkalla läkare.
 - Läkare avgör om bastest ska skickas samt om p-CG och s-progesteron ska tas.

Läkarens uppgift

- Gynundersökning inklusive vaginalt ultraljud. Patienter som avböjer vaginalt ultraljud ska i första hand erbjudas rektalt ultraljud och i andra

hand abdominellt. Om endast abdominellt ultraljud utförs i tidig graviditet ska nytt ultraljud utföras efter tidigast fjorton dagar då abdominellt ultraljud inte säkert kan bedöma viabilitet i tidig graviditet.

- Identifiera cervixkanalen och följ den upp i livmoderhålan. Undersök från sida till sida.
 - Undersök adnexregionerna för att identifiera eventuell ektopisk graviditet. Notera förekomst av gulesäck vid avsaknad av embryo i hinnsäcken.
 - Vid tom hinnsäck mäts hinnsäcken i tre mot varandra vinkelräta diametrar. Medeldiametern noteras.
 - Om val görs redan vid första besöket att behandla patienten aktivt ska diagnosen icke-levande graviditet ställas av två läkare varav minst en ska ha adekvat utbildning och erfarenhet i gynekologisk undersökningsteknik.
 - Icke graviditetsorsakad orsak till smärta och blödning ska uteslutas.
-

Kontraindikationer till medicinsk terapi

Misoprostol

Överkänslighet.

Mifepristone

Överkänslighet. Binjurebarkssvikt, långvarig behandling med kortikosteroider, okontrollerad astma, porfyri.

Särskilda överväganden ska göras vid koagulationsrubbningar samt vid behandling med antikoagulantia. Detsamma gäller vid instabil patient, misstanke om infektion samt svår terapiresistent smärta.

Komplett missfall (O03.9)

Tom kavitet med uterusinnehåll anterioposteriort <15 mm. Observera att det inte finns stöd i litteraturen för en gränsdragning vid AP 15 mm, hänsyn tas till patientens symptom såsom vaginal blödning och smärta.

Diagnostik

- Diagnosen kan enbart ställas vid tidigare konstaterad intrauterin graviditet (embryo eller gulesäck ska ha setts).
- Om tidigare intrauterin graviditet inte konstaterats kan diagnosen Komplett missfall inte ställas, följ med p-CG.

Behandling

- Ingen behandling
 - Graviditetstest utförs i hemmet fyra veckor efter missfallet
 - Lämna patientinformation och erbjud kuratorskontakt.
-

Inkomplett missfall (O03.4)

Uterusinhåll anterioposteriort >15 mm utan synligt foster eller hinnsäck. Observera att det är patientens symptom (blödning och smärta) och inte ultraljudsfynd eller heterogent innehåll i kaviteten som föranleder eventuell behandling.

Diagnostik

- För att ställa diagnosen inkomplett missfall måste det tidigare ha setts en intrauterin fosterstruktur och/eller gulesäck alternativt ses tydliga graviditetsrester vid undersökning/ aspiration/exeres. *Vid osäkerhet följs p-CG för att säkerställa adekvat sänkning.*

Behandling

- 1. Exspektans:** 85 % spontanaborterar inom loppet av 2 - 3 veckor.
 - Patienten kontrollerar graviditetstest i hemmet efter 2 - 3 veckor. Patienten uppmanas att söka vid fortsatta symtom.
 - I särskilt utvalda fall kan återbesök ske efter 2 veckor till läkare. Ultraljud ska då utföras.
- 2. Medicinsk behandling (DL006):** Påskyndar förloppet jämfört med exspektans. Kan ske i hemmet om uterus storlek är mindre än 10+1 veckor, annars på klinik. Läkaren avgör i samråd med patienten om hembehandling är lämpligt.
 - Ordination
3 tabletter Misoprostol á 200 µg peroralt eller 2 tabletter Misoprostol sublingualt. Använd ordinationsmall *Inkomplett missfall*. Lämna patientinformation. Erbjud kuratorskontakt.
 - Patienten kontrollerar graviditetstest efter 2 - 3 veckor och kontaktar Tidig Graviditetsmottagning (TGM) vid positivt test.
 - Vid kvarvarande rester efter medicinsk behandling ställningstagande till kirurgisk åtgärd.
- 3. Aspirationskit (DL009 Vakuumaspiration, icke kirurgisk)** Vid kvarvarande vävnadsrester och öppen cervix motsvarande Hegar 6 - 7.
 - Smärtlindring; Ketogan eller morfin intravenöst.
 - Rh-profylax ges enligt PM Profylax mot rhesusimmunisering.
 - Återbesök behövs inte men graviditetstest utförs i hemmet 2 - 3 veckor efter behandling. Vid positivt graviditetstest kontaktar patienten TGM för vidare handläggning.
- 4. Vacuumexeres (MBA00):** Genomförs vid kontraindikationer mot Misoprostol, vid pågående riklig blödning, buksmärta som inte går att smärtlindra, efter misslyckad medicinsk behandling samt vid septisk abort. Observera att intravenös antibiotika ska ges innan operation vid septisk abort. Vid misstanke om lindrig infektion är kirurgisk utrymning inte nödvändig utan patienten kan behandlas medicinskt efter adekvat antibiotikabehandling. Vid behov av intravenös antibiotika kombineras Cefotaxim med Doxyferm för att täcka en infektion orsakad av klamydia.

- Ordination vid opåverkad cervix
2 tabletter Misoprostol á 200 mg vaginalt 3 - 4 timmar preoperativt. Har patienten glömt ta Misoprostol alternativt om du inte hinner vänta tills 3 timmar gått ska patienten ta 2 tabletter Misoprostol per oralt eller sublinguallt (Cytotec enligt VA PM).
 - Rh-profylax ges enligt rutin Profylax mot rhesusimmunisering.
 - Lämna patientinformation.
 - Återbesök behövs inte men graviditetstest utförs i hemmet 2 - 3 veckor efter behandling. Vid positivt graviditetstest kontaktar patienten TGM för vidare handläggning.
-

Uteblivet missfall (O02.1)

Intakt hinnsäck, foster utan hjärtaktivitet, opåverkad cervix, ingen eller ringa blödning. För att ställa diagnosen "Uteblivet missfall" ska patienten undersökas av två läkare där minst en ska ha adekvat utbildning och erfarenhet i gynekologisk ultraljudsdiagnostik. Vid aktiv behandling är medicinsk behandling första val.

Diagnostik

Första besöket

- CRL <7mm; viabilitet kan inte bedömas. Ny bedömning om 10 - 14 dagar. Ibland behövs upprepade undersökningar med 7 - 10 dagars intervall.
- CRL >7 mm; exspektans rekommenderas som första val av behandling för att minimera risken för felbedömning.
- CRL >25mm; aktiv behandling erbjuds direkt om diagnosen ställs av två undersökare enligt ovan.

Andra besöket

Om embryot/fostret inte vuxit på 10 - 14 dagar och du fortsatt inte ser hjärtaktivitet är det rimligt att ställa diagnosen "Icke levande graviditet". Aktiv behandling erbjuds.

Behandling

1. Medicinsk behandling (DL006)

Påskyndar förloppet jämfört med exspektans samt minskar behovet av kirurgisk utrymning. Det finns evidens för att mifepristone ökar effektiviteten i första trimestern varför detta nu ges rutinmässigt. *Observera att behandlingen baseras på uterusstorlek och inte på CRL då både placenta och hinnsäck kan fortsätta växa trots att fostret inte är viabelt.*

- a) Uterus storlek mindre än till 10+1 veckor: Behandling kan ske i hemmet.

- 1 tablett á 200 mg mifepristone per oralt. Vid missfall kan mifepristone skickas med patienten hem (OBS skiljer sig från inducerad abort).
 - Efter 24 - 48 timmar tas 4 tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt, vid pågående blödning ges misoprostol sublinguallt eller per oralt. Efter 3 timmar tas ytterligare 2 tabletter misoprostol vaginallt, sublinguallt eller per oralt. *Vid hembehandling* mellan 9+1 och 10+0 medskicks en tredje dos med 2 tabletter misoprostol (som tas vaginallt/sublinguallt/per oralt). *Vid inneliggande behandling* 9+1 - 10+0, upprepas misoprostol var tredje timma tills patienten aborterat men max 4 gånger, om patienten inte aborterar tas ställning till kirurgisk åtgärd alternativt ny medicinsk behandlingsomgång. Det finns en ordinationsmall för inneliggande behandling och en ordinationsmall för hembehandling, se Melior.
 - Om graviditetslängd enligt sista mens är 12 veckor eller mer ges Rh-profylax enligt rutin.
 - Uppföljning hos läkare med ultraljud rekommenderas efter 1 - 2 veckor. Om inte komplett abort då ges ytterligare medicinsk behandling alternativt vacuumaspiration.
- b) Uterus storlek 10+1 - 12+0 veckor: Behandling sker på klinik
- 1 tablett mifepristone á 200 mg per oralt. Vid missfall kan mifepristone skickas med patienten hem (OBS skiljer sig från inducerad abort).
 - Efter 24 - 48 timmar ges 4 tabletter misoprostol á 200 µg vaginallt eller sublinguallt, Upprepning sker var tredje timma med 2 tabletter misoprostol peroralt/vaginallt/sublinguallt fram tills patienten aborterar men max 4 gånger. Därefter ställningstagande till kirurgisk åtgärd alternativt ny medicinsk behandlingsomgång.
 - Att missfallet är komplett bedöms av ansvarig barnmorska, om sådan inte tjänstgör eller är tveksam kontaktas enhetsansvarig läkare för bedömning.
 - Om graviditetslängd enligt sista mens är 12 veckor eller mer ges Rh-profylax ges enligt rutin.
 - Patienten kvarstannar två timmar efter att hen aborterat, blödning samt smärta ska ha avtagit innan hemgång.
 - Patienten kontrollerar graviditetstest efter fyra veckor och kontaktar TGM vid positivt test.
- c) Över 12+0 veckor: Behandling som vid medicinsk abort >12+0 veckor.
- Mifepristone 1 tablett á 200 mg.-Vid missfall kan mifepristone skickas med patienten hem (OBS skiljer sig från inducerad abort).
 - Efter 36 – 48 timmar ges 4 tabletter misoprostol á 200 µg vaginallt eller sublinguallt. Upprepning sker var tredje timma

med 2 tabletter misoprostol peroralt/vaginalt/sublinguallt fram tills att patienten aborterat men max 4 gånger. Använd ordinationsmall. Därefter ställningstagande till kirurgisk åtgärd alternativt ny medicinsk behandlingsomgång.

- Att missfallet är komplett bedöms av ansvarig barnmorska, om sådan inte tjänstgör eller är tveksam kontaktas enhetsansvarig läkare för bedömning. Om placenta inte kan fås att avgå utförs exeres.
- Efter vecka 15+0 tillkommer laktationshämning med hjälp av Dostinex 1 mg, vilket ges inom 24 timmar.
- Efter 12+0 veckor kan 1 ml Syntocinon intravenöst ges efter fostrets framfödande.
- Rh-profylax ges enligt rutin.
- Patienten kvarstannar två timmar efter att hen aborterat, blödning samt smärta ska ha avtagit innan hemgång.

2. Aktiv expektans: Om patienten inte börjat blöda är sannolikheten för komplett missfall liten. Återbesök med kontroll erbjuds efter fjorton dagar.

3. Vacuum exeres (MBA00)

Indikationer

Misslyckad medicinsk behandling, cirkulatoriskt påverkad patient, svårigheter att smärtlindra patienten, septisk abort (intravenös antibiotika ges, var god se VE under inkomplett missfall), kontraindikationer mot misoprostol.

- Vid opåverkad cervix ges 2 tabletter misoprostol á 200 µg vaginallt 3 – 4 timmar innan operation. Har patienten glömt att behandla sig med misoprostol alternativt om du inte hinner vänta tills 3 timmar gått ska patienten istället ta 2 tabletter misoprostol per oralt (enligt Cytotec före VA rutin).
- Rh-profylax enligt rutin.
- Lämna patientinformation och erbjud kuratorskontakt vid behov.
- Återbesök behövs inte men graviditetstest utför i hemmet fyra veckor efter behandling. Vid positivt graviditetstest kontaktar patienten TGM för vidare handläggning.

Ofostrig graviditet (O02.9)

Intakt tom hinnsäck, opåverkad cervix, ingen eller ringa blödning.

Diagnostik

Första besöket

- Hinnsäckens storlek mäts; medelvärdet av tre mot varandra vinkelräta mått anges

- Medeldiameter 25 mm eller mindre; viabilitet kan inte bedömas. Ny mätning efter tio till fjorton dagar
- Medelvärde 26 mm eller mer; diagnosen icke levande graviditet kan ställas om undersökaren har adekvat kompetens. Expektans rekommenderas som första val av behandling för att minimera risken för felbedömningar.

Andra besöket

- Om hinn säcken inte vuxit på tio till fjorton dagar och fortfarande är tom är det rimligt att ställa diagnosen icke levande graviditet. Aktiv behandling erbjuds.

Behandling: Baseras på uterus storlek och följer samma ordinationsschema som vid uteblivet missfall.

Rh profylax: Ges till Rh-negativa patienter vid missfall från och med 12 veckor enligt sista mens (SM) och som behandlas medicinskt. Vid kirurgisk utrymning (VE och aspirationskit) ges Rh profylax oavsett graviditetslängd, var god se rutin [Profylax mot Rhesusimmunisering](#)

När PAD inte skickas vid vacuum exeres och vid alla medicinskt behandlade aborter och missfall bör urin-hCG tas efter 3 - 4 veckor för att identifiera dem som behöver följas upp med misstanke om GTD

Vid handläggning av missfall dagtid kontaktas TGM per telefon av handläggande doktor och oftast kan patienten träffa barnmorska redan samma dag för information, läkemedelsadministrering och fortsatt planering.

Telefonnummer TGM: 010 - 4352423.

I de fall patienterna handläggs jourtid fyller du i en rosa tidbokningslapp för patienten behöver uppföljning.

ARG rapport inducerad abort

ARG rapport Graviditetsimmunisering

Medicinska råd från FARG angående behandling av missfall

Schreiber et al Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss, NEJM 378;23 June 7, 2018

SFOG-råd ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner - behandlingsrekommendation:

Information från Läke medelsverket 2015;26

SFOG-råd för behandling av missfall från FARG 21-10-21

Vårdprogram trofoblastsjukdomar

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Jennet Redjepova, (jenre3), Underläkare, ST

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-162

Version: 7.0

Giltig från: 2025-09-10

Giltig till: 2027-09-10