

Gäller för: Område M4 MHV

Giltig från: 2024-05-08

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Giltig till: 2026-05-07

Granskad av: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Fördröjt missfall = missed abortion

Förändringar sedan föregående version

Gemensam riktlinje för Masthugget öppenvårdsgyn och mödrahälsovård (MHV) Regionhälsan M4

Ändrad tidsgräns för medicinsk behandling i hemmet till graviditetsvecka <10+0

Sammanfattning

Fördröjt missfall (missed abortion) definieras som en graviditet där fostret gått under men där omfattande blödning ännu inte startat.

- Intakt hinnsäck, med foster utan hjärtaktivitet eller ofostrig graviditet med intakt tom hinnsäck.
- Cervix opåverkad, utan eller med sparsam blödning.
- Cirkulatoriskt stabil.
- Ingen svår smärta eller tecken till infektion.

Om hinnsäcken är brusten, om livmoderhalsen är öppen eller om större blödning startat, kallas tillståndet pågående missfall.

Diagnostik

Om patienten inte redan är bedömd vid två olika tillfällen kan det vara svårt att skilja mellan ett fördröjt missfall/ofostrig graviditet och en feldaterad mycket tidig graviditet.

Vid CRL >7mm utan hjärtaktivitet (motsvarar graviditetsvecka 6–7) eller tom hinnsäck med medeldiameter >25mm föreligger med stor sannolikhet missfall. Om två personer med ultraljudskompetens finner samma fynd kan behandling rekommenderas/ordineras direkt.

Om ovanstående inte är uppfyllt bokas patienten för ny tid med ultraljud om ca 7 dagar.

Utförande

Handläggning, fördröjt missfall upptäcks/misstänks vid besök inom MHV

- Verifiera att hjärtaktivitet saknas. Man kan se hjärtaktivitet från graviditetsvecka 5+3. Man skall se hjärtaktivitet vid graviditetsvecka 6+3. Hinnsäcken är då ca 16 mm stor.
- Mät fosterstorlek och AP diameter (anterio-posteriort mått i uterus)

AP-mått och fosterstorlek styr handläggningen och vart remiss skall skickas, se nedan.

Patienten ska läkarundersökas två gånger med ca 7 dagars mellanrum innan mifepriston och misoprostol får ordineras. Undantaget från två-läkarbedömning är när fördröjt missfall upptäcks/misstänks vid KUB/TUL, se nedan.

Uppföljning kan ske på två sätt:

1. Remiss till gynekologisk öppenvårdsmottagning för läkarbesök nr 2. För förslag på vilken gynmottagning remissen skickas till se [Remiss från barnmorskemottagning inom Regionhälsan, mödrahälsovårdsområde 4 \(M4\) till gynmottagning \(vgregion.se\)](#)
2. Nytt verifierande MHV-läkarbesök efter 1–2 v, (andrahandsalternativ, beroende på mödrahälsovårdens resurser)

Oavsett hur uppföljning sker, ska patienten ha skriftlig information om missfall (finns på flera språk).

Vid läkarbesök nr 2

- $AP \leq 15$ mm = komplett missfall. Ingen remiss, behandling eller återbesök.
OBS! Om intrauterin graviditet inte konstaterats tidigare, men patienten har en mycket typisk anamnes för missfall (större pågående eller genomgången blödning samt mjuk/öppen cervix), kan patienten handläggas som vid missfall. Patienten skall dock informeras om att söka på nytt vid svår smärta eller allmänpåverkan, och skall då handläggas som vid PM PUL [Graviditet med oklar lokalisation PUL](#)

- Fosterstorlek $\leq 10+0$ eller AP diameter ≤ 50 mm vid ofostrig graviditet, remiss till öppenvårdsgynekologisk mottagning för behandling. För handläggning inom vårdkedja Masthugget Gyn/Obstetrikmottagning se separat rutin, [Handläggningsrutin på gynekologmottagning Masthugget för patienter med misstänkt eller konstaterad missed abortion eller missfall .docx \(sharepoint.com\)](#)
- Om fosterstorlek $>10+0$ eller AP diameter >50 mm faxas remiss till gyn-mottagningen KK SU ÖS för behandling, där mifepriston ges polikliniskt och misoprostol ges ineliggande 24 timmar senare. Remiss faxas tillsammans med [Hälsodeklaration, färg \(vgregion.se\)](#) faxnummer 031-25 313 9. Blodgruppering skall tas. Om patienten har en mycket stark önskan om vård i hemmet kan detta ibland tillåtas även vid fosterstorlek $10+1-12+0$. Patienten skall dock ändå remitteras till gyn-mott enligt ovanstående, där mediciner administreras och information ges om att söka akut vård om svår smärta, större blödning eller allmänpåverkan uppstår. Återbesök till läkare på sjukhuset kommer då att erbjudas efter 2 veckor.

Om det finns anledning att avstå medicinsk behandling och i stället välja primär VEX (t ex tidigare dålig erfarenhet av medicinsk behandling eller ökad blödningsbenägenhet) faxas remiss och hälsodeklaration till gyn-mott KK SU ÖS enligt ovan. Blodgruppering skall tas och 2 tabletter misoprostol 0, 2 mg skall medskickas som förbehandling. Barnmorska på gyn-mott KK SU ÖS bokar VEX-tid och informerar patienten.

Handläggning, fördröjt missfall som upptäcks/misstänks vid KUB/TUL

- Second opinion av KUB/TUL-kollega oavsett fosterstorlek.
- Fosterstorlek $\leq 10+0$ eller AP-diameter ≤ 50 mm remiss till öppenvårdsgynekologisk mottagning.
- Fosterstorlek $>10+0$ eller AP diameter >50 mm remiss och hälsodeklaration faxas till gyn-mottagningen KK SU ÖS, faxnummer 031-25 31 39.

KUB/TUL-barnmorskans undersökning ersätter således första läkarundersökningen ovan.

Remiss för uppföljning/behandling ska innehålla:

- Eventuellt tolkbehov, kontaktuppgifter patient inklusive telefonnummer
- Paritet, SM, datum för positivt graviditetstest
- Eventuell sjuklighet av betydelse för behandling (tex astma, allergi, blödningsbenägenhet, undersökningsrädsla)
- Undersökningsfynd och datum för undersökningar: fosterstorlek i CRL/graviditetslängd, AP-diameter. Om patienten varit på två läkarbesök skall måtten vid båda undersökningarna anges
- Om diagnosen är säker och två läkarbedömningar (alternativt en bedömning av KUB/TUL-barnmorska och en bedömning av läkare) är gjorda, skriv: *Tacksam medicinsk missfallsbehandling.*
- Om endast en läkarundersökning gjorts, skriv måtten enligt ovan samt: *Tacksam läkartid för nytt ultraljud inom 14 dagar.*
- Bilddokumentation ultraljud (ID-märkt) kan med fördel skickas med remissen.

Mätning av AP-diameter

Anterioposteriort mått (AP-mått) mäts mellan inre myometrikanterna, inklusive slemhinna och placenta.

Behandling

- Förstahandsval: Medicinsk behandling i alla graviditetsveckor oavsett fosterstorlek och AP-mått.
- Andrahandsval t o m fosterstorlek v 12+0 och/eller AP-mått ≤ 50 mm: VEX på medicinsk indikation (tex vid ökad blödningsbenägenhet) eller enligt patientens önskemål.
- Tredjehandsval t o m fosterstorlek v 12+0 och/eller AP-mått ≤ 50 mm:
Expektans 2 veckor. Mycket dålig prognos att missfallet kommer inom denna tid om patienten har ingen eller sparsam blödning. Om patienten väljer detta bokas återbesök efter 2 veckor till läkare för ultraljud.

Behandlingsprinciper medicinsk behandling på gyn-mottagning

När diagnos är säker, verifierad med två läkarultraljud (se ovan) med ca 7 dagars intervall:

Om fosterstorlek $\leq 10+0$ eller ofostrig graviditet och AP-mått ≤ 50 mm kan gyn-barnmorska självständigt (efter ordination på remiss enligt ovan) administrera:

- 1 tablett mifepriston 200 mg som intas peroralt på gyn-mottagning eller i hemmet. Vid eventuell kräkning inom 30 minuter ges ny tablett.
- 4 tabletter misoprostol 0,2 mg som tas vaginalt i hemmet 24 timmar senare. Om ingen eller ringa blödning 3–4 timmar efter första dosen misoprostol tar patienten ytterligare 2 tabletter misoprostol.
- Smärtlindring medskickas: kombination av paracetamol, NSAID och opioider enligt lokal rutin
- Boka återbesök till läkare på gyn-mottagning efter 14 dagar. Om då AP-diameter >15 mm kan ny behandling med mifepriston + misoprostol ges (om sluten cervix, ingen eller ringa blödning), alternativt enbart 3 tabletter misoprostol peroralt om cervix är öppen, riklig blödning har skett). Alternativ till ytterligare medicinsk behandling är VEX.
- Tag ställning om indikation för trombosprofylax föreligger

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare/Medicinska rådgivare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Relaterad information

- [Missfall och fördröjt missfall \(missed abortion\) - handläggning \(SU\)](#)
- [Missed abortion vid KUB, TUL och RUL \(SU\)](#)
- [Bokning av exeres för patient med uteblivet missfall eller graviditetsrester. Rutin för vårdgivare utanför SU \(vgregion.se\)](#)
- [Exaeres - preoperativ information \(vgregion.se\)](#)

Arbetsgrupp

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt Mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Sofiia Karlsson, medicinsk rådgivare, Masthugget Gynekologi- och Obstetrikmottagning, Regionhälsan.

Johanna Björklund Sjöstrand, barnmorska, Masthugget Gynekologi- och Obstetrikmottagning, Regionhälsan.

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Godkännare

Susanne Samuelsson, områdeschef, Göteborg, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Område M4 MHV

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-60

Version: 3.0

Giltig från: 2024-05-08

Giltig till: 2026-05-07