

Missfall

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar sedan tidigare version

Sammanfattning

Vägledning för handläggning av patienter med missfall.

Innehållsförteckning

Missfall.....	1
Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Bakgrund	2
Förutsättningar.....	2
Genomförande.....	2
Telefonrådgivning.....	2
Gynekologimottagning/dagvård	3
Komplett missfall (O03.9)	4
Inkomplett missfall (O03.4)	4
Missed abortion/uteblivet missfall (O02.1)	6
Ofostrig graviditet (O02.9)	9
Dokumentinformation	9
Referensförteckning	10

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 även vid 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 läkare varav en ska ha adekvat utbildning och kompetens i ultraljudsteknik, detta för att minimera risken för felbedömningar.

Förutsättningar

Optimera omhändertagandet av patienter med blödning i tidig graviditet. Erbjud patienter med missfall en strukturerad och säker handläggning.

Genomförande

Telefonrådgivning

Alla kvinnor med blödning i tidig graviditet behöver korrekt information och bemötande där deras oro tas på allvar.

Anamnes:

Aktuella mensdata: sista mens, datum för positivt graviditetstest

Aktuell blödning: mängd, duration

Eventuell smärta: lokalisation, karaktär, intensitet

Eventuellt ultraljud i aktuell graviditet

Tidigare graviditeter: extrauterin graviditet, infertilitet, missfall

Handläggning:

Rådgivning, prioritering beroende på symptom

Akut tid dygnet runt vid kraftig blödning och/eller smärta samt vid misstanke på extrauterin graviditet

Tid inom en vecka på gynekologimottagning dagtid om blödning mer än tre dagar, recidiverande blödning, tidigare missfall

Vid fortsatt blödning utan riskfaktorer enligt ovan rekommenderas ny telefonkontakt

Gynekologimottagning/dagvård Sjuksköterska/barnmorska

Bedöm patients kliniska tillstånd. Vid stabil patient tas blodtryck, puls, Hb, blodgruppering.

Vid instabil patient, aktiv handläggning:

Tillkalla läkare

NEWS-kontroll (medvetandetillstånd, blodtryck, puls, andningsfrekvens)

Sätt PVK, vid svårighet tillkalla stickhjälp via anestesisköterska

Sätt Ringer-Acetat

Provtagning: Hb, blodgruppering, och bastest, blodstatus, elstatus, s-hCG

Patienten ska vara fastande inför eventuell operativ åtgärd (exeres/skopi)

Läkarens uppgift

Gynekologisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud. 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 uterus-kaviteten. Undersök från sida till sida

Undersök adnexregionerna för att identifiera eventuell extrauterin graviditet

Notera förekomst av gulesäck vid avsaknad av embryo i hinnsäcken

Vid tom hinnsäck mäts hinnsäcken i tre mot varandra vinkelräta diametrar

Om beslut fattas redan vid första besöket att behandla patienten aktivt ska diagnosen icke viabel graviditet ställas av två läkare.

Kontraindikationer till medicinsk behandling

Misoprostol: överkänslighet

Mifepristone: Överkänslighet, binjurebarkssvikt, långvarig behandling med kortikosterioder, okontrollerad astma, porfyri

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

Komplett missfall (O03.9)

Ultraljud visar tom kavitet, uterusinnehåll anteroposteriort (AP) mindre än 15 mm:

Vid tidigare konstaterad intrauterin graviditet (embryo eller gulesäck ska ha setts) blir diagnosen komplett missfall. Ingen behandling.

Graviditetstest utförs i hemmet fyra veckor efter missfallet och följs upp av barnmorska per telefon. lämna patientinformation och erbjud kuratorskontakt

Om tidigare intrauterin graviditet inte konstaterats kan diagnosen komplett missfall inte ställas. Uppföljning bör ske med tanke på risk för extrauterin graviditet. Uppföljning sker med s-hCG x 2 med 2 - 3 dagars mellanrum, vid behov följt av ytterligare ultraljudskontroll

Inkomplett missfall (O03.4)

Ultraljud visar uterusinnehåll AP > 15 mm (utan synlig hinnsäck eller foster, hos patient med cervixpåverkan och blödning). Det är patientens symptom (blödning eller smärtor) och inte ultraljudsfyndet som avgör fortsatt handläggning.

Fyra typer av handläggning:

Exspektans: 85% spontanaborterar inom loppet av 2 - 3 veckor. Återbesök efter två veckor till läkare för ultraljud. Om oförändrat status behandlas patienten medicinskt eller med vakuumexeres (VE).

Medicinsk behandling (DLo06) ges med fördel, då det minskar total blödningsmängd. Kan ske i hemmet till och med vecka 10+0 avseende uterusstorlek, efter vecka 10+0 inom gynekologisk dagvård. Ordination: tablett misoprostol á 200 µg, tre tabletter peroralt eller två tabletter sublingualt. Smärtlindring med paracetamol, NSAID, eventuellt tillägg av opioid. Använd ordinationsmall inkomplett missfall i Melior. Lämna patientinformation. Erbjud kuratorskontakt. Utebarnmorskan följer upp behandlingen via telefonkontakt efter ett par dagar. Patienten kontrollerar graviditetstest efter fyra veckor och kontaktar barnmorskan vid positivt test och/eller fortsatta symptom. Vid kvarvarande rester efter medicinsk behandling ställningstagande till kirurgisk åtgärd.

Aspirations kit (DLo09 Vakuumaspiration, icke kirurgisk) kan användas vid kvarvarande vävnadsrester och öppen cervix motsvarande Hegar 6–7. Smärtlindring med paracetamol, NSAID, Morfin intravenös, PCB, samt lustgas vid behov. Rh-profylax ges till Rh-negativa patienter. Graviditetstest utförs i hemmet fyra veckor efter behandling. Vid positivt graviditetstest kontaktar patienten barnmorskan för vidare handläggning.

Vakuumexeres (MBA00) genomförs vid kontraindikationer mot misoprostol, vid instabil patient med pågående riklig blödning och/eller kraftiga buksmärter som inte går att smärtlindra, vid misslyckad medicinsk behandling eller vid septisk abort.

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.

Vid opåverkad cervix ordineras två tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt 3 timmar före operation. Om man inte hinner vänta tills tre timmar gått ska patienten ta två tabletter misoprostol á 200 µg per os.

Rh-profylax ska ges till Rh-negativa patienter. Patientinformation lämnas till patienten. Inget återbesök utan graviditetstest utförs i hemmet fyra veckor efter behandling. Vid positivt test kontaktar patienten barnmorskan för vidare handläggning.

Missed abortion/uteblivet missfall (O02.1)

Intakt hinnsäck, foster utan hjärtaktivitet, cervix opåverkad, ingen eller ringa blödning. För att ställa diagnosen uteblivet missfall ska patienten undersökas av två läkare.

CRL <7 mm: viabilitet kan ej bedömas. Ny bedömning om 10 - 14 dagar

CRL > 7 mm: exspektans rekommenderas som första val av behandling för att minimera risken för felbedömning

CRL > 25 mm: aktiv behandling erbjuds direkt om diagnosen ställs av två undersökare enligt ovan

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

Fyra typer av handläggning:

Medicinsk behandling (DLo06)

Det finns evidens för att mifepristone ökar effektiviteten i första trimestern varför detta nu ges rutinmässigt. Intervallet mellan mifepristone och misopostol bör vara 24 timmar om graviditetslängd <12+0. Behandlingen baseras på uterusstorlek och inte på CRL då både placenta och hinnsäck kan fortsätta växa trots att fostret inte är viabelt. Ordinationsmall i Melior uteblivet missfall

Behandling kan ske i hemmet till och med vecka 10+0 avseende uterusstorlek.

Patienten får en tablett mifepristone á 200 mg per oralt på kliniken, följt av fyra tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt (alternativt tre tabletter sublinguallt) efter 24 timmar. Efter tre timmar tas ytterligare två tabletter misoprostol per oralt. Smärtlindring med paracetamol, NSAID, eventuellt tillägg av opioid. Utebarnmorskan följer upp behandlingen per telefon på behandlingsdagen. Patienten kontrollerar graviditetstest efter fyra veckor, vid positivt svar och/eller fortsatta symptom tar patienten kontakt med barnmorskan för vidare handläggning.

A. Behandling sker på kliniken om uterusstorlek över vecka 10+0 men mindre än 12+0 veckor.

Patienten får en tablett mifepristone á 200 mg per oralt på kliniken, följt av fyra tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt (alternativt tre tabletter sublinguallt) efter 24 timmar. Därefter ges två tabletter misoprostol peroralt/sublinguallt/vaginallt, var tredje timma, fram tills patienten aborterar, max fyra gånger. Smärtlindring med paracetamol, NSAID, eventuellt tillägg av opioid och PCB.

Att missfallet är komplett bedöms av ansvarig barnmorska, vid osäkerhet kontaktas läkare för bedömning.

Om graviditetslängden är 12 veckor eller mer ges Rh-profylax till Rh-negativa patienter.

Patienten kan återgå till hemmet efter att hon aborterat och blödning samt smärta har avtagit. Patienten kontrollerar graviditetstest efter fyra veckor, vid positivt svar och /eller fortsatta symptom tar patienten kontakt med barnmorskan.

B. Vid uterusstorlek över 12+0, behandling som vid medicinsk abort >12+0.

Patienten får en tablett mifepristone á 200 mg oralt på kliniken följt av fyra tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt (alternativt tre tabletter sublinguallt) 36 – 48 timmar senare. Därefter ges två tabletter misoprostol peroralt/sublinguallt/vaginallt, var tredje timma, tills patienten aborterar, max fyra gånger. Smärtlindring

med paracetamol, NSAID, opioid, eventuellt tillägg av PCB och lustgas.

Om patienten ej aborterat vid midnatt efter en dags behandling med misoprostol ges en tablett mifepristone á 200 µg oralt klockan 24:00 och därefter börjar man om med misoprostol enligt ovan dagen därpå.

Efter 12+0 veckor kan 1 ml Syntocinon ges intravenöst efter fostrets framfödande.

Att missfallet är komplett bedöms av ansvarig barnmorska, vid osäkerhet kontaktas läkare för bedömning. Om placenta ej avgått inom två timmar skall patienten bedömas i gyn-stol för kontroll om placenta kan plockas ut med ögletång. Om detta inte är möjligt skall patienten operationsanmälas för exeres.

Rh-profylax Rhophylac 1500 E iv eller im ges till Rh-negativa patienter.

Efter vecka 15+0 tillkommer laktationshämning med hjälp av Dostinex 1 mg, vilket ges inom 24 timmar.

Patienten kan återgå till hemmet efter att hon aborterat och blödning samt smärta har avtagit.

Aktiv exspektans, tyvärr dålig prognos om patienten inte börjat blöda. Återbesök efter två veckor till läkare för ultraljud.

Kirurgisk behandling (Vacuumexeres MBAoo).

Vid misslyckad medicinsk behandling eller vid instabil patient med pågående, riklig blödning och/eller kraftiga buksmärtor planeras för akut exeres.

Vid septisk abort är vacuumexeres av abortrester indicerat och intravenös antibiotika ska ges preoperativt. (se VE under inkomplett missfall, sidan 5). Vid opåverkad cervix ges två tabletter misoprostol á 200 µg vaginalt 3 timmar preoperativt. Rh-profylax ges till Rh-negativa patienter, Patientinformation lämnas till patienten, kuratorskontakt vid behov. Inget återbesök behövs utan graviditetstest utförs hemma efter fyra veckor, vid positivt svar kontaktar patient barnmorskan.

Ofostrig graviditet (O02.9)

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

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 10 - 14 dagar.

Medelvärde 26 mm eller mer, diagnosen icke viabel graviditet kan ställas om undersökare har adekvat kompetens. Exspektans rekommenderas som behandling i första hand för att minimera risken för felbedömningar.

Andra besöket

Om hinnsäcken inte vuxit på 10 - 14 dagar och fortfarande tom är det rimligt att ställa diagnosen icke viabel graviditet. Aktiv behandling erbjuds.

Behandling beroende på uterusstorlek följer samma ordinationsschema som vid uteblivet missfall. Misoprostolbehandling i hemmet följs upp per telefon av barnmorskan.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Asmaa Soubhi Said, överläkare, kvinnokliniken, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef VO kvinna-barn, SÄS

Nyckelord

Missfall, spontanabort, abortera, graviditetstest, graviditet, extrauterin graviditet, trimester, ultraljud, embryo, foster, uterus, cervix, vaginalt, placenta, hinnsäck

Referensförteckning

SFOG, ARG-rapport, inducerad abort

Länkförteckning

[FARG medicinska råd angående behandling av missfall](#)

[SFOG-råd ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Asmaa Soubhi Said, (asmso), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-114

Version: 3.0

Giltig från: 2025-11-12

Giltig till: 2027-11-12