

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-04-22

Innehållsansvar: Attila Toth, (attto1), Överläkare

Giltig till: 2027-04-30

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Extrauterin graviditet – diagnostik och behandling

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Handläggning av misstänkt ektopisk graviditet.

Ektopiska graviditeter förekommer till 97–99 % i tuba. Andra förekommande områden är ovarier, cervix, interstitiellt, sectioärr, samt intraabdominellt.

Riskfaktorer är framför allt tidigare ektopisk graviditet, infertilitet, salpingit, graviditet och samtidig IUD samt tidigare tubarkirurgi.

Diagnostik

Anamnes

Patient i fertil ålder med smärta, låga buksmärtor, utebliven mens, bruna flytningar/olaga blödning och positivt U-hCG utan intrauterin graviditet.

Utredning

Vid utredning av PUL tas S-HCG nr 2 efter 48 timmar. Om helg – säkerställ att gynavdelning är informerad. Bokas i ELVIS.

PUL-protokoll där utredning visar misstänkt extrauterin graviditet. Se nedan.

Se SUs styrdokument [Extrauterin graviditet \(tubargraviditet\) – diagnostik och behandlingsalternativ](#).

Ultraljud

Kända tecken är *Adnexal mass*, *donut (bagel) sign*, eller *blob sign*, hinnsäckens lokalisation, storlek och vätska i fossa Douglasi. Psuedohinnsäck förekommer.

Intrauterin graviditet bör synas vid 1000–1500 IE S-hCG.

Arbetsbeskrivning

Se SUs styrdokument [Graviditet med oklar lokalisation \(PUL\)](#).

Expektans (se PUL-protokoll)

- 69 % av ektopiska graviditeter går i spontan regress.
- Asymtomatisk patient, PUL med S-hCG < 1500 IE, S-hCG sjunkande.
- Icke viabel tubargraviditet < 30 mm.
- Poliklinisk uppföljning med S-hCG-prover 1–2 gånger per vecka,
- Förväntad minskning med minst 15 % till S-hCG < 5 IE.
- Eventuell kuratorskontakt.

Vid intervention kan både kirurgi och medicinsk behandling vara aktuellt. Se kriterier nedan samt samråd med patienten.

Kirurgi rekommenderas vid

Smärtpåverkad patient.

Misstanke om rupturerad tubargraviditet med intraabdominell blödning.

S-hCG > 5000 IE.

Viabel tubargraviditet eller tubargraviditet > 35 mm.

Misslyckad Methotrexatebehandling.

Vid frisk, kontralateral tuba – salpingektomi, annars bör tubotomi utföras.

Om tubotomi utförs: S-hCG-kontroll veckovis uppföljning på grund av risk för persisterande trofoblast (4–11 %).

Methotrexatebehandling

- Patient med lindriga eller inga symtom, kvarvarande trofoblast efter kirurgi.
- S-hCG < 1500 E (kan över vägas upp till 5000 E).
- Saknas kriterier till kirurgi.

- Kontraindikationer: (leversjukdom (hepatit B, C), njursjukdom, benmärgsskada, svåra infektioner, alkoholmissbruk, immunsuppression, behandlat magsår, amning, hematologisk sjukdom).
- Icke viabel tubargraviditet < 35 mm.
- Misslyckad eller ej optimal expektans, till exempel otillräcklig minskning av S-hCG-värden.
- Läkardordination för Methotrexatebehandling sker i Melior.

Beställningsblankett Cytostatika från Sjukvårdsapotek VGR.

- Koordinator på gynmottagningen ansvarar för att kontakta personal på gynonkologisk mottagning för att boka in patienten för Methotrexate. Behandling ska ges inom 24 timmar. Personal på gynonkologisk mottagning ansvarar för administrering av läkemedlet efter ordination i Melior av läkare. Om läkemedel ska ges på röd dag eller helg ansvarar sjuksköterska på gynavdelningen för administration. Patienten ska övervakas 15 minuter efter administrering och informeras om vart hon vänder sig om hon skulle få akuta besvär efter hemgång.
- Gynmottagningen ansvarar för provtagning inför behandlingen. S-hCG måste tas **samma** dag som Methotrexate ges. Svar behöver dock inte föreligga men övriga provsvar ska vara klara när injektionen ges. Gynmottagningen ansvarar också för att tider bokas för uppföljande prover enligt schema och för bevakning av svaret.
- Beställning av Methotrexate görs **av personal på gynonkologisk mottagning via systemet Cytobase. Apoteket har ingen blandning på helger. Methotrexate måste därför beställas senast fredag eftermiddag om det ska ges under helg.**
- Om patienten står på Folsyra ska detta sättas ut då Folsyra är ett antidot till Methotrexate.

Singeldosregim

| | |
|-------|--|
| Dag 1 | Injektion Methotrexate 1 mg/kg, i m, max 100 mg. Prov: S-hCG, Hb, LPK, TPK, ASAT, ALAT, kreatinin, blodgrupp, Rh-profylax. Anteckningen lämnas till DBJ. |
| Dag 4 | S-hCG. S-hCG-värdet ska sjunka > 15 %. |
| Dag 7 | S-hCG. Om S-hCG sjunker < 15 % mellan dag 4–7 – ultraljudsundersökning och eventuellt upprepad Methotrexatedos |

| | |
|--|---|
| | alternativt kirurgi bör övervägas. S-hCG-värdet ska optimalt sjunka > 25 %. Om S-hCG sjunker > 15 % – veckovis S-hCG-kontroller till ett värde på < 5 IE. |
|--|---|

Multipel dosregim

Interstitiell-/cervikal-/sectioärrgraviditet

| | |
|----------------------------------|---|
| Dag 1 | Injektion Methotrexate 1 mg/kg i m, max 100 mg |
| Dag 2 | Tabl Calciumfolinate 15 mg. 1 mg/kg kroppsvikt. |
| Dag 3 | Injektion Methotrexate 1 mg/kg i m, max 100 mg. |
| Dag 4 | Tabl Calciumfolinate 15 mg. 1 mg/kg kroppsvikt. |
| Dag 5 | Injektion Methotrexate 1 mg/kg i m, max 100 mg. |
| Dag 6 | Tabl Calciumfolinate 15 mg. 1 mg/kg kroppsvikt. |
| Dag 7 | Injektion Methotrexate 1 mg/kg i m, max 100 mg. |
| Dag 8 | Tabl Calciumfolinate 15 mg. |
| En dag efter avslutad behandling | Prov: S-hCG, Hb, LPK, ASAT, ALAT, kreatinin |

Biverkningar

Buksmärta, huvudvärk, leverfibros, benmärgssuppressoin, pneumonit, stomatit, för övrigt: se FASS.

Mild, måttlig smärta vanligt mellan dag 6 och 7 på grund av eventuell tubarabort alternativt utspänning av tuban på grund av blödningar.

Patienten avråds från resor, samlag, folsyratillskott, starkt solljus, NSAID, höga paracetamoldoser, alkohol.

Antikonception under behandlingen och minst tre månader (önskvärt sex månader) efter avslutad behandling.

Länkar

Styrdokument NU-sjukvården [Graviditet med oklar lokalisation \(PUL\)/Extrauterin graviditet \(EG\) – diagnostik och behandling.](#)

Styrdokument SU [Extrauterin graviditet \(tubargraviditet\) – behandling med Methotrexate.](#)

Styrdokument SU [Extrauterin graviditet – omvårdnad.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Attila Toth, (attto1), Överläkare

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-321

Version: 7.0

Giltig från: 2025-04-22

Giltig till: 2027-04-30