

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin  
Innehållsansvar: Linus Berggren, (linbe17), Överläkare  
Granskad av: Johanna Rydelius, (johry1), Sektionschef  
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-09

Giltig till: 2027-12-09

# Snittärrsgraviditet - Caesarean Scar Pregnancy (CSP)

## Revideringar i denna version

**2025-12-04** rutinen omarbetad i sin helhet.

## Syfte

Att beskriva handläggning av patienter med snittärrsgraviditet, ett ovanligt men potentiellt allvarligt tillstånd.

## Bakgrund

Snittärrsgraviditet (CSP) är en ovanlig åkomma (1/2000 av förlösta med kejsarsnitt) som är förenad med risk för stor blödning. CSP är en graviditet som inplanterats i myometrium och ärrvävnad efter tidigare kejsarsnitt. CSP betraktas numera som ett förstadium till Placenta Accreta Spectrum (PAS) i andra och tredje trimestern. Det saknas entydig internationell konsensus kring behandling. Det är lättast att ställa diagnos och bedöma dess allvarlighetsgrad tidigt i första trimestern. Optimalt gestationsvecka 6-7.

Behandlingsalternativen är exspektans, medicinsk behandling eller kirurgi. Ibland i kombination. Embolisering av A. uterinae kan vara ett komplement. Det är bättre att behandla tidigt i graviditeten. Risken för stor blödning ökar med graviditetens längd. Är graviditeten önskad och patienten opåverkad kan det finnas ett värde med en till två veckors observationstid innan beslut om åtgärd.

Det finns beskrivet fall där CSP fortskridit till fullgångna graviditeter. Vid dessa fall ses nästan alltid PAS och patienterna planeras för elektivt sectio med beredskap för samtidig hysterektomi. Dock är risken för uterusruptur hög under graviditetens gång med livshotande blödning, akut hysterektomi och undergånget foster som resultat. Därför

rekommenderas i de flesta fall aktiv handläggning med målsättning att avbryta graviditeten på ett säkert sätt.

Differentialdiagnoser är normalt missfall som passerar istmus på vägen ut ur livmodern eller lågt sittande graviditet med fäste i istmus bakvägg.

## Utförande

### Diagnostik

Vaginalt ultraljud som påvisar en hinnsäck med eller utan foster i höjd med sectioärret omgiven av ärrvävnad och ibland ett förtunnat eller frånvarande lager av myometrium fram emot urinblåsan. Ibland men inte alltid ses ett rikligt blodflöde runt graviditeten. Se [Bilaga 1](#).

Allvarlighetsgraden ökar vid tunt täckande myometrium, ökad kärlaktivitet och/eller CSP som buktar mot blåsan.

Tag hjälp av specialist-ultraljudskompetent kollega vid bedömning och fortsatt handläggning.

Spara bilder i Picsara för att underlätta fortsatt planering.

Provta S-hCG, Hb, Pk APTT, TPK

### Behandling

Innan behandling inleds är det viktigt att patienten informeras om att det finns risk för stor blödning och att det kan bli aktuellt med embolisering/hysterektomi. Hälsodeklaration samt blodgruppering/bast-test ska finnas när behandling inleds.

**Expektans** - är ibland ett tillfälligt alternativ vid opåverkad patient med önskad viabel graviditet belägen så att CSP misstänks. Tydlig information om att hon ska återkomma vid blödning/buksamta. Patienten bokas till ultraljudsspecialist inom en vecka (detta får överenskommas med doktor i tjänst). Informera om dålig prognos för graviditeten. Om misstanken om CSP kvarstår vid kontroll rekommenderas aktiv handläggning. Fortsatt exspektans ökar risk för allvarliga komplikationer.

**Kirurgisk behandling** - förstahandsval i de allra flesta fall. Utförs som ultraljudsguidad vakuumexeres. Preoperativt Cytotec skall bara ges undantagsvis. Anmäl som en vakuumexeres på operation 1 och 8 (telefon 281 11). Var tydlig i din kommunikation med operation och narkos att det inte rör sig om en "vanlig" VEX. Ange i Orbit om förhöjd blödningsrisk och vad som skall finnas på sal. Operationen behöver inte rutinmässigt göras på hybrid-sal utan beslut får tas från fall till fall. Vid osäkerhet kring bedömning görs operationen på hybrid-sal.

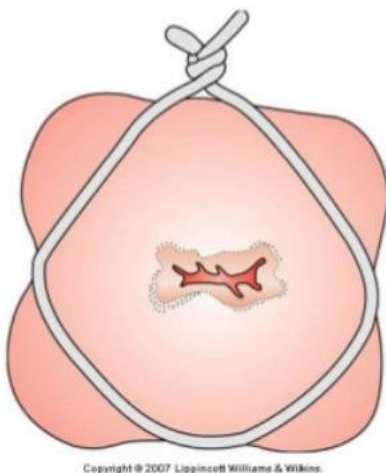
Interventionist ska alltid vara vidtalad innan ingreppet görs oavsett vilken operationssal som planeras (se relaterad rutin nedan för information om akut gynekologisk patient på BoIC). Det skall vara bestämt i förväg om interventionist skall stå stand-by vid op-start eller ringas vb. Ingreppet skall om möjligt ske dagtid.

Vid CSP som tydligt buktar mot blåsan bör man överväga resektion av graviditeten via laparoskopi/tomi

- Ring narkosläkare, rapportera muntligt. Var tydlig med att det inte är lämpligt att söva patienten på gas med tanke på dess kärldilaterande egenskaper.
- Dagtid kontaktas koordinator på interventionsradiologi på telefon 233 02. Jourtid kontaktas jourhavande interventionsradiolog via växeln för information om fallet och resonemang kring eventuell emboliseringsberedskap på sal etc.

### **På operation**

- 2 specialister på plats
- 2 E Ery på sal
- Cytotec, Syntocinon och Methergin
- Ultraljuds-apparat med vaginalprobe placerad på patientens högra sida
- Hematurikateter
- Sutur Vicryl 0
- Vakuumsug och ögletång. Storlek beroende av graviditetslängd



1. Palpera aorta innan ingreppet påbörjas för att snabbt kunna utföra aortakompression vid stor blödning.
2. Operationen inleds vaginalt med spekula på plats. Fatta cervix och dra ned denna. Fäst därefter en cirkumferent sutur (som ett cerclage) runt cervix. Denna kan knytas åt vid behov av

tamponerande hemostas i uterus. Sutråden hängs på peanger utanför vagina

3. Rektalt ultraljud på plats - identifiera graviditeten och anatomin.
4. Därefter dilatation och evakuering av graviditeten med antingen vakuumsug eller ögletång. Gå varsamt tillväga. Be undersköterska bevaka blödning i sugen och rapportera fortlöpande.
5. Vid blödning sätts hematurikateter på plats i kaviteten, denna klampas och cerklage-suturen dras åt runt om katetern för tamponerande hemostas. Uterus kommer då att fyllas av blod som tamponerar blödningen.  
Kateterns kuff behöver inte fyllas maximalt. Betänk att kaviteten i tidig graviditet ännu bara är drygt normalstor. En alltför uppblåst kuff kommer utöva ett alltför högt tryck mot den forna uterotomin varvid risken för iatrogen ruptur ökar. Sikta på 30-40 ml.
6. Cytotec, Oxytocin och Methergin kan användas för uteruskontraktion i blodstillande syfte.
7. Avvakta därefter förloppet och bedöm med ultraljud om blödningen stillar sig. Använd både vaginal och abdominell prob för att utvärdera eventuell fri vätska i buken.
8. Om fortsatt blödning eller instabil patient utförs embolisering eller laparoskopi/tomi.

Det är oklart hur länge hematurikatetern skall sitta kvar. Ofta anges 12-72 h. Sikta på två dygn. Katetern avvecklas på avdelning, om möjligt stegvist med 30 min mellan stegen. Avlägsna först cerclaget. Kuffa därefter ur men försök behålla kateterns läge i kaviteten. Avlägsna sist hela katetern.

**Medicinsk behandling** – lokal intraamnioninjektion 25-50mg

Methotrexate kan vara ett andrahandsalternativ till kirurgi vid beskedlig CSP. Uppföljning sker kliniskt i kombination med s-hCG.

Lyckandefrekvensen för denna behandling ligger runt 50-60 %. Det är viktigt att ha en tydlig uppföljning helst hos en ansvarig doktor i ultraljudsteamet. Det är också lämpligt att informera patienten om det möjliga behovet av kirurgi.

Systemisk Methotrexatebehandling avråds i de flesta studier pga låg effektivitet.

## Uppföljning

Individuell uppföljning, ofta flera mottagningsbesök på ultraljudsteamet som följer ultraljudsbilden i kombination med symtom och S-hCG. Vid

ny graviditet rekommenderas vaginalt ultraljud av gynekolog senast 7+0 veckors gestationslängd. Efter CSP är chansen till fullgången graviditet god – ca 75 %. Risken för en ny CSP är 4-6 %.

## Ansvar

Denna rutin gäller för all personal inom gynekologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Utvärdering och uppföljning av rutinen görs följande av ultraljudsteamet på Sahlgrenska.

## Relaterad information

[Akut gynekologisk eller obstetrisk patient på interventionssal operation 8 BoIC](#)

## Kunskapsöversikt

9. Harb HM, Knight M, Bottomley C, Overton C, Tobias A, Gallos ID et al.
10. Caesarean scar pregnancy in the UK: a national cohort study. *BJOG*. 2018 Dec;125(13):1663-1670. doi: 10.1111/1471-0528.15255.
11. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of minimally invasive Gynecology*. 2017; 24 (5) 731-738.
12. [Cesarean scar pregnancy - UpToDate](#)

## Granskare/arbetsgrupp

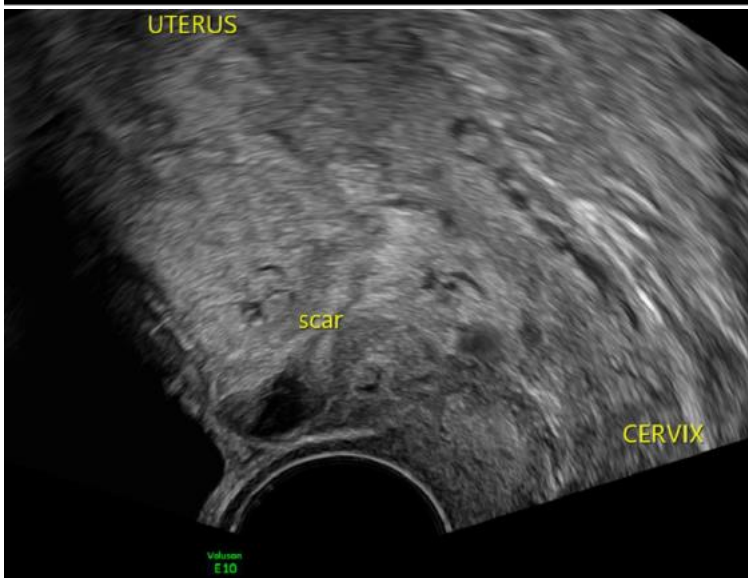
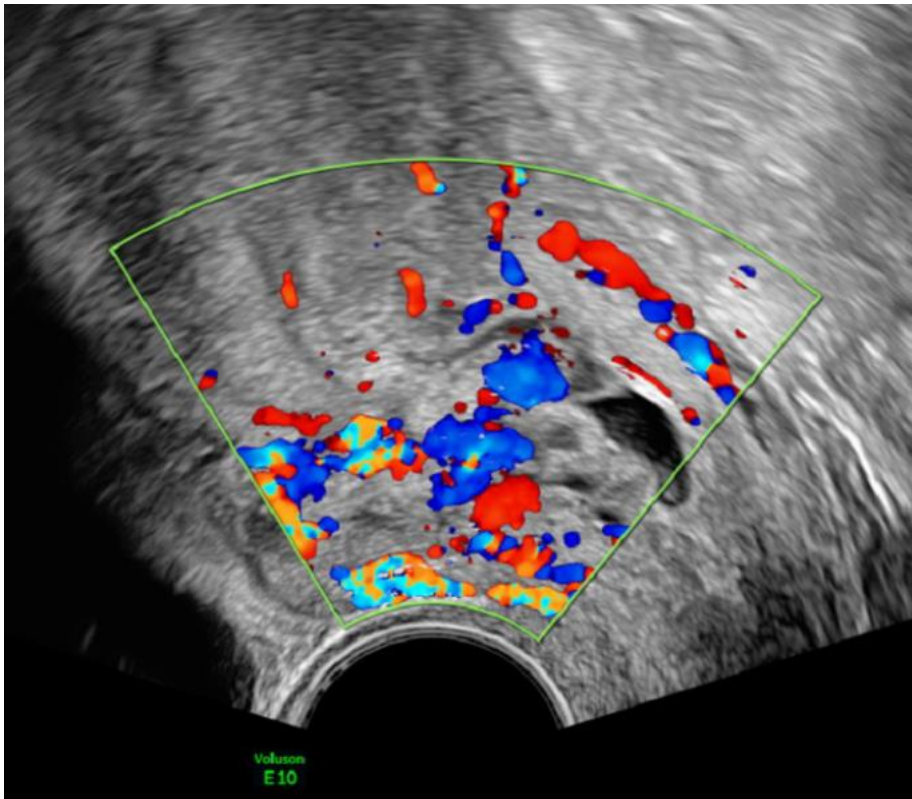
Linus Berggren, VÖL Gynekologiskt specialistultraljud, Sahlgrenska, Kvinnosjukvård SU

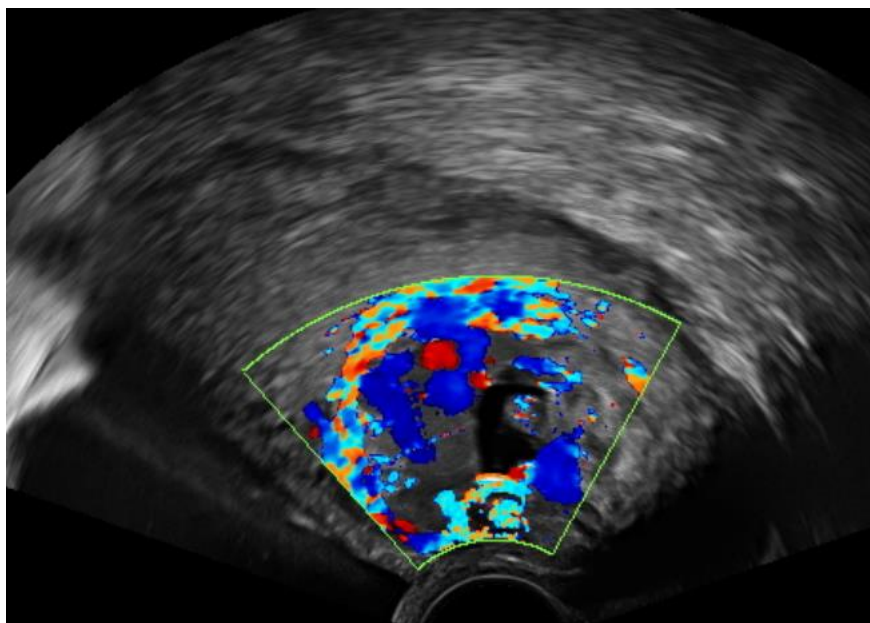
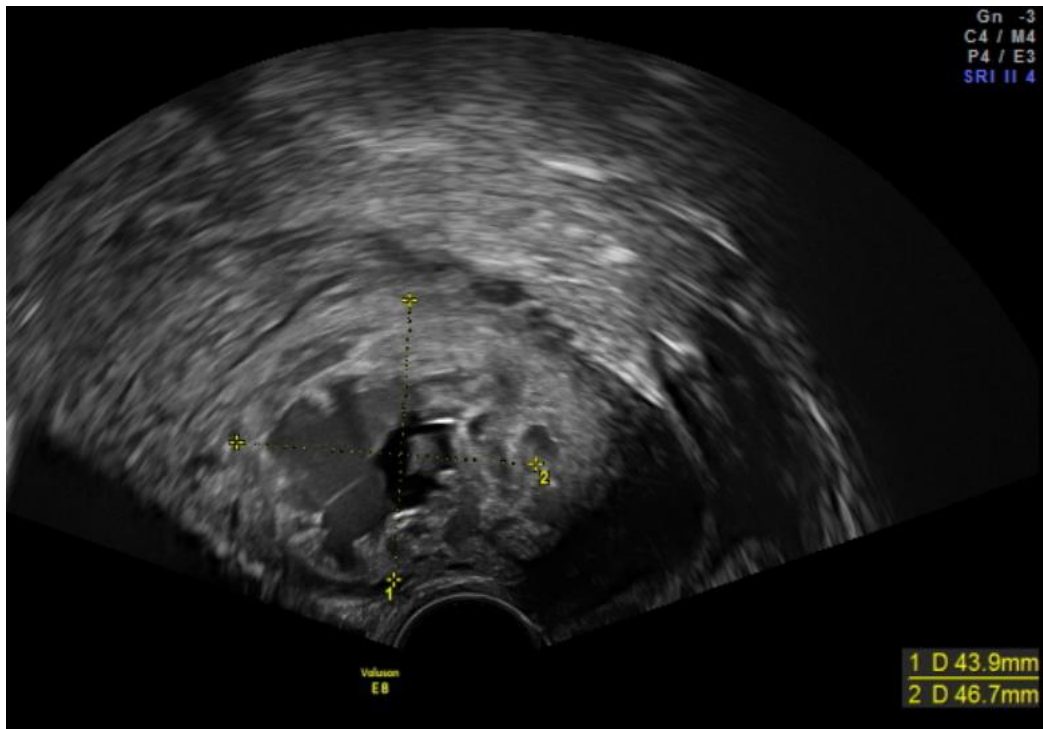
Johanna Rydelius, sektionschef Benign gynekologi, Sahlgrenska

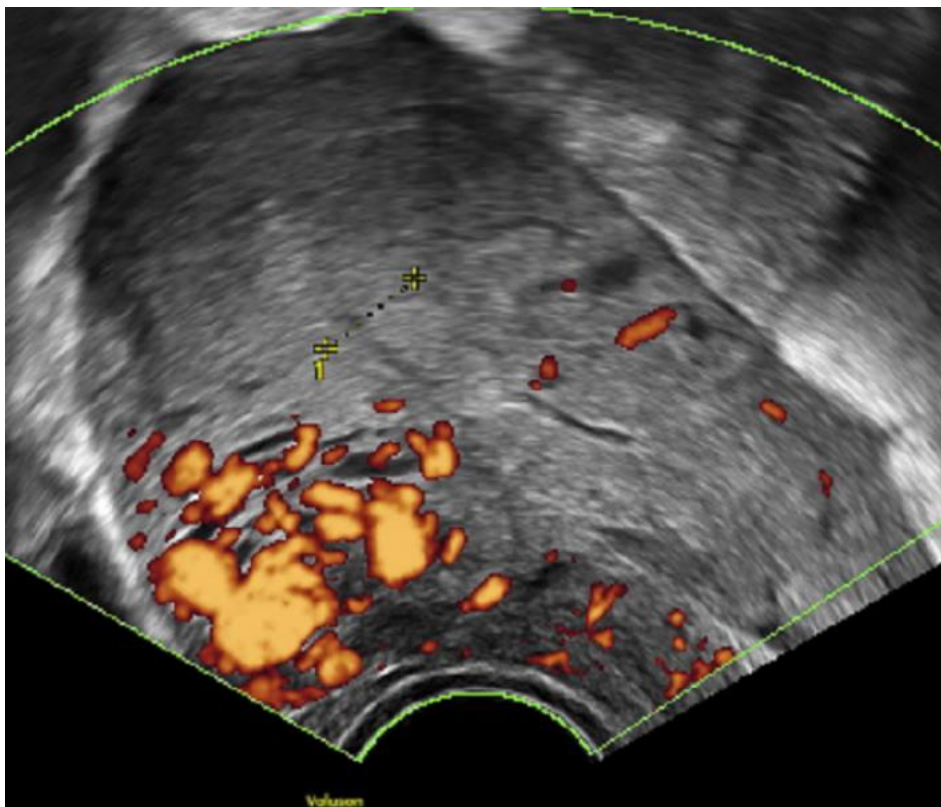
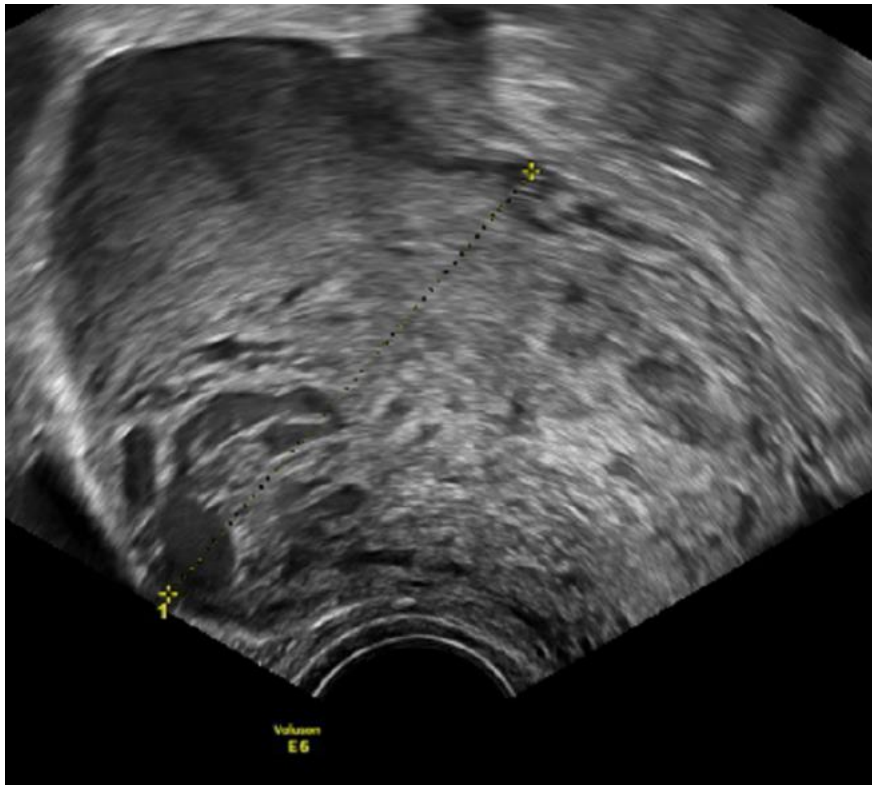
Karin Sundfeldt, professor och överläkare Kvinnosjukvård SU

## Bilaga 1

Exempel på hur ultraljudsbilden kan se ut.







# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

**Innehållsansvar:** Linus Berggren, (linbe17), Överläkare

**Granskad av:** Johanna Rydelius, (johry1), Sektionschef

**Godkänd av:** Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-124

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2025-12-09

**Giltig till:** 2027-12-09