

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

Giltig från: 2025-11-27

Giltig till: 2027-11-27

Extrauterin graviditet (tubargraviditet) – diagnostik och behandlingsalternativ

Ändringar gjorde i denna version

2024-10-18 förlänger datum.

2025-04-11 förlänger datum.

2025-09-11 förlänger datum.

2025-11-27 inga medicinska ändringar, förlänger rutin två år.

Syfte

Att säkerställa god och säker vård av patienter med tubargraviditet.

Patientgrupp

Patienter med graviditet i äggledaren (tubargraviditet) O.001.

Bakgrund

En ektopisk graviditet innebär att ett embryo implanterar utanför livmoderkaviteten vilket inträffar i

1-2 % av alla graviditeter. Det är vanligast att detta sker i äggledaren (>95 %) och mer sällan i kejsarsnittsärr, cervix, ovarium och i den intramurala delen av tuban eller intraabdominellt.

Utförande

Diagnostik

Ultraljudsdiagnostik av tubargraviditet har en sensitivitet på 87-99 % och specificitet på 94-99 % (evidensgrad 2++). Ultraljudskriterier och hur storleken på tubargraviditeten skall mätas visas i [bilaga 1](#).

Behandling

Patientens symptom, tubargraviditetens storlek och S-hCG nivå och dynamik avgör om patienten ska behandlas kirurgiskt eller konservativt (Methotrexate eller exspektans).

Flödesschema över behandling, se [bilaga 2](#).

Kirurgi

Indikation

- Smärtpåverkad patient
- Misstanke om rupturerad tubargraviditet med intraabdominell blödning (hemoperitoneum)
- S-hCG >5000 IU/L
- Viabel tubargraviditet (hjärtaktivitet) eller icke viabel tubargraviditet ≥ 35 mm
- Misslyckad behandling med Methotrexate.

Relativ indikation

- S-hCG 1500 – 5000 IU/L eller följsamhetsproblem till konservativ behandlingsregim

Vid frisk kontralateral tuba är salpingektomi förstahandsval (evidensgrad 1+). Vid misstanke om defekt kontralateral tuba är salpingotomi att föredra för att bevara fertiliteten (evidensgrad 2-). Kvinnor som är RhD negativa bör erbjudas anti-D profylax (evidensgrad 4).

Uppföljning

Efter salpingotomi följs S-hCG veckovis tills värdet är <5.3 IU/L på grund av risk för persisterande trofoblast (4-11 %). Om S-hCG stiger görs salpingektomi och vid platåvärden ges Methotrexate (evidensgrad 3).

Methotrexate

Förstahandsval när patienten har lindriga eller inga symptom och:

- S-hCG <1500 IU/L (kan övervägas om S-hCG 1500 - 5000 IU/L)
- icke viabel tubargraviditet <35 mm
- otillräcklig minskning av S-hCG efter salpingotomi
- misslyckad exspektativ handläggning.

Arbetsbeskrivning finns i rutin [Ektopisk graviditet \(tubargraviditet\), behandling med Methotrexate](#).

Exspektans

Förstahandsval när patienten har lindriga eller inga symptom och:

- s-hCG <1500 IU/L och sjunker
- icke viabel tubargraviditet <30 mm.

Kontraindikation

Följsamhetsproblem till konservativ behandlingsregim

Uppföljning

- S-hCG tas med 48 timmars intervall i början och om det sjunker första veckan upprepas provtagningen en gång per vecka tills S-hCG <5,3 IU/L
- En minskning av S-hCG på minst 15 % per vecka eftersträvas
- Om S-hCG inte sjunker efter en vecka eller vid tilltagande symptom övervägs methotrexatebehandling

Behandlingsresultat

- 60-70 % behöver ingen ytterligare behandling.
- Genomsnittstiden för uppföljning är 13 dagar med fyra blodprovstagningar.
- Resultatet är bättre vid låga och initialt sjunkande S-hCG jämfört med stigande S-hCG (*evidensgrad 2+*).

Fördelarna med exspektans jämfört med methotrexate är förmodad kortare tid till ny graviditet och man kan undvika biverkningar förknippade med methotrexate.

Fertilitet och risk för ny tubargraviditet efter behandling

Uppemot 60 % av patienter med barnönskan och en normal kontralateral tuba blir spontant gravida inom en 36 månaders period oavsett operationsmetod (graviditet med hjärtaktivitet > 12 v eller levande barn) (*evidensgrad 1+*). Graviditetsfrekvensen ligger på samma nivå efter methotrexatebehandling (*evidensgrad 1-*).

Risken för upprepad tubargraviditet är 5-12,5 % och skiljer sig inte mellan operationsmetoderna eller methotrexatebehandling (*Evidensgrad 1+-*).

Det finns inga studier som undersökt risken för upprepad tubargraviditet eller fertilitet efter exspektativ handläggning.

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Kvinnosjukvård/Gynekologi och reproduktionsmedicin/Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/vårdenhetsöverläkare.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen är ansvarig för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patienten. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Arbetsgrupp

Hanna Michaëlsson, ST-läkare, kvinnosjukvården, SU

Linus Berggren, Överläkare, kvinnosjukvården, SU

Referenser

Elson CJ. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BJOG 2016; 123:e15–e55.DOI: 10.1111/1471-0528.14189.

Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. National institute for health and care excellence (NICE) Clinical guideline, Published: 12 December 2012.

Jamard A. Fertility and risk of recurrence after surgical treatment of an ectopic pregnancy (EP): Salpingostomy versus salpingectomy. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2016 Feb; 45 (2):129-38.

Mavrellos D. Efficacy and safety of a clinical protocol for expectant management of selected women diagnosed with a tubal ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;42:102–107.

Van Mello N.M. Methotrexate or expectant management in women with an ectopic pregnancy or pregnancy of unknown location and low serum hCG concentrations? A randomized comparison. Human Reproduction 2013; Vol.28, No.1 pp. 60–67.

Jurkovic D. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. Ultrasound Obstet Gynecol 2017 Feb;49(2):171-176.

Hajenius P.J. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Review).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Jan; Issue 1. Art. No.:
CD000324, DOI: 10.1002/14651858.CD000324.pub2.

Caas P. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some
old questions. American society for reproductive medicine Volume 101,
Issue 3, Pages 615–620.

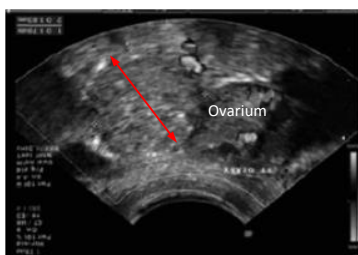
Mol F. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal
pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised
controlled trial. Lancet 2014; 383: 1483–89.

Evidensgraderingen är baserat på evidensgraderingssystemet SIGN.

Levels of Evidence	
1++	High quality meta analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well conducted meta analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias
1–	Meta analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case-control or cohort studies or high quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal
2+	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding, bias, or chance and a moderate probability that the relationship is causal
2–	Case control or cohort studies with a high risk of confounding, bias, or chance and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytical studies e.g. case reports, case series
4	Expert opinion

Bilaga 1

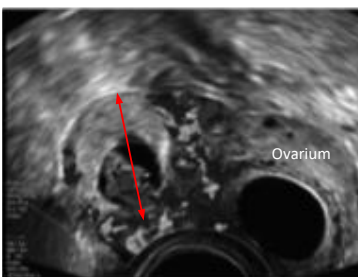
Ultraljudskriterier diagnostiska för tubargraviditet:



Rundstruktur med inhomogen ekogenitet i anslutning till ovariet. "Blobbsign" förekommer i 50-60% av fallen.



Tom hinnäsäcka med ett högekogent vävnadsbräm i anslutning till ovariet. "Donut sign" eller "bagel sign" förekommer i ca 20% av fallen.

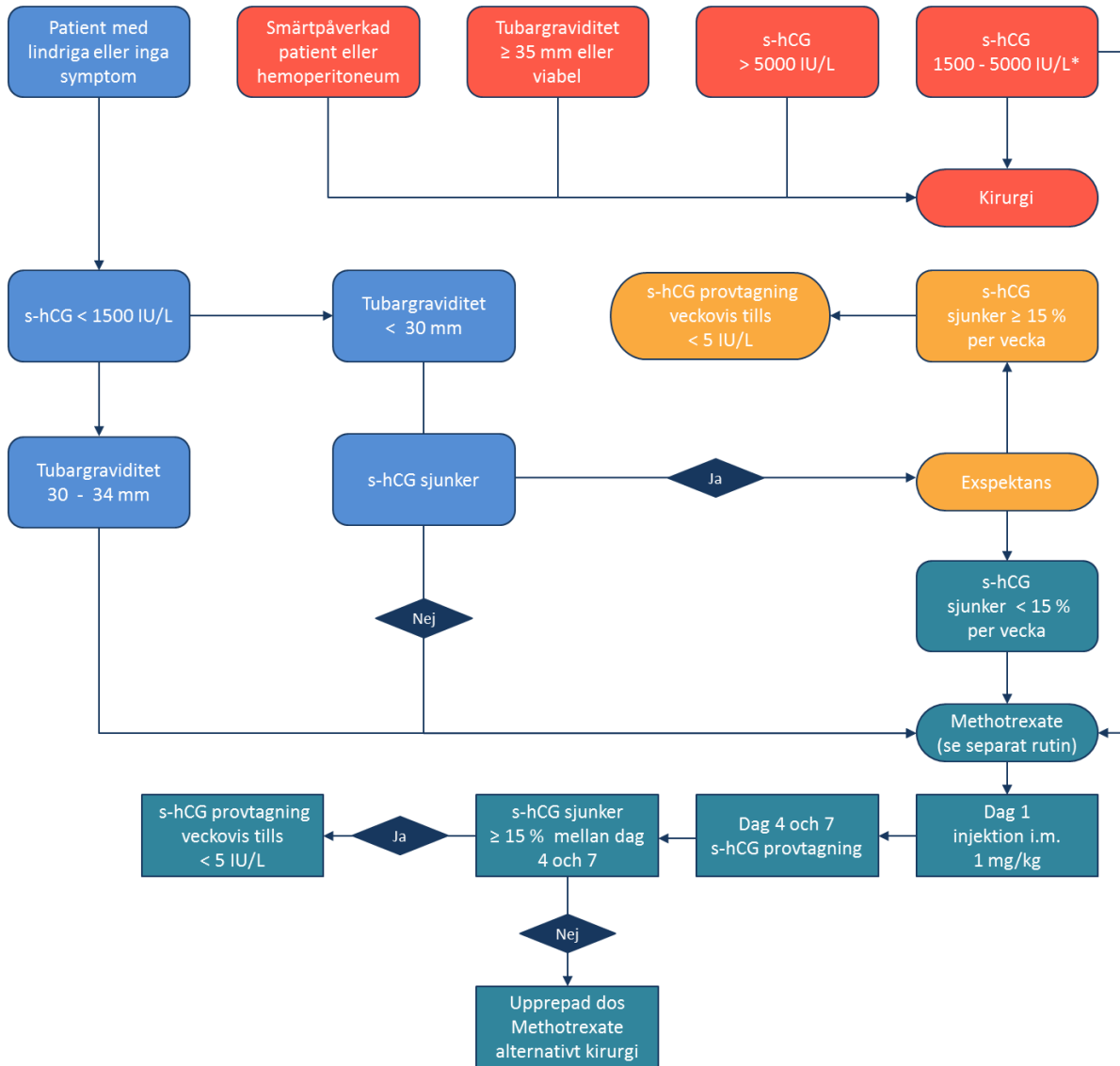


Hinnäsäcka med foster och hjärtaktivitet. Viabel tubargraviditet förekommer i cirka 15-20% av fallen.

Den största diametern (röda pilar) mäts för att bestämma storleken på tubargraviditeten

Bilaga 2

Behandling av tubargraviditet:



*Vid s-hCG värde mellan 1500 – 5000 IU/L kan både kirurgi och Methotrexate övervägas

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Johanna Rydelius, (johry1), Sektionschef

Granskad av: Linus Berggren, (linbe17), Överläkare

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

Dokument-ID: SU9786-1429723585-46

Version: 19.0

Giltig från: 2025-11-27

Giltig till: 2027-11-27