

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Tagrid Jar-Allah, (tagja1), Sektionschef
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-08-25

Abortkomplikationer

Revideringar i denna version

2025-04-15 rutin får ny layout och förlängs 1 månad.

2025-06-23 rutinen reviderad under rubrikerna *Handläggning* och *Infektion*.

Innehåll

Abortkomplikationer.....	1
Revideringar i denna version	1
Syfte	1
Patientgrupp	2
Bakgrund.....	2
Utförande	2
Diagnossättning och definition av abortkomplikationer.....	2
Smärta	6
Ansvar	6
Uppföljning, utvärdering och revision.....	6
Granskare/arbetsgrupp	6
Referenser	6

Syfte

Att underlätta rätt diagnossättning och standardisera handläggning av komplikationer efter inducerad abort.

Patientgrupp

Kvinnor som har genomgått inducerat abort och söker för misstänkt komplikation.

Bakgrund

I Göteborgsområdet utförs årligen cirka 3700 inducerade aborter. Komplikationer är inte vanliga men patientgruppen är stor, varför det varje vecka är många som söker för misstänkt komplikation. Den vanligaste komplikationen är blödning; riklig eller utdragen. Blödning upp till tre veckor efter medicinsk abort kan betraktas som normalt. Smärta över uterus och vaginalblödning är en del av normalförloppet både efter medicinsk och kirurgiskt inducerad abort.

Utförande

Diagnossättning och definition av abortkomplikationer

Nuvarande ICD-10 diagnoskoder för inducerad abort togs fram när det enbart fanns kirurgiska aborter. Ingen nationell eller internationell konsensus finns om hur koderna bör användas vid komplikationer efter medicinska aborter. Specialistläkarna inom benigna teamet på Östra och Sahlgrenska har tagit fram kriterier som kan användas som stöd vid diagnossättning så att alla läkare på kliniken diagnossätter lika. Det möjliggör kvalitetsuppföljning som kan användas till att förbättra vården för patientgruppen.

Medicinsk abort bör inte definieras som ”inkomplett” innan det har gått tre veckor från Cytotec-dagen. Komplikation vid medicinsk abort *inom* 3 veckor definieras som ”icke specificerad abort” (O04.5, O04.6 och O04.8) eftersom aborten alltjämt betraktas som pågående. Vid bedömning av ev. abortrester kan ultraljudsbilden visa ett förtjockat endometrium med AP-mått >15 mm. Ultraljudsbilden är inte avgörande eller särskilt relevant tidigt i abortförloppet och diagnosen inkomplett abort bör inte enbart baseras på denna. Det är viktigt att ta hänsyn till tidsaspekten från påbörjad abort samt den kliniska bedömningen för att få en uppfattning av helhetsbilden. Infektion är ovanligt och ofta beroende på kvarvarande graviditetsrester.

Följande kriterier är att betrakta som stöd vid diagnostiserandet, inte som absoluta krav

<p>O04.0 Inkomplett abort, komplicerad med infektion</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tidigast 3 veckor efter medicinsk abort2. AP-mått >15 mm3. Feber >38,0°C och/eller CRP >204. Ruckömhet/palpationsömhet över uterus, och/eller illaluktande, purulenta flytningar
<p>O04.1 Inkomplett abort, komplicerad med utdragen eller ymnig blödning</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tidigast 3 veckor efter medicinsk abort2. AP-mått >15 mm3. Ymnig blödning: Hb förlust över 30 eller Hb <100 eller utdragen blödning: Blödning över 3 veckor
<p>O04.4 Inkomplett abort utan komplikationer</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tidigast 3 veckor efter påbörjad abort2. AP-mått >15 mm
<p>O04.5 komplett eller icke specificerad abort, komplicerad med infektion</p> <ol style="list-style-type: none">1. Feber >38°C och/eller CRP >202. Ruckömhet/palpationsömhet över uterus och/eller illaluktande purulenta flytningar <p>För medicinsk abort gäller</p> <ul style="list-style-type: none">• Komplet: >3 veckor har gått från aborten och AP-mått <15mm• Icke specificerad abort: <3 veckor har gått från aborten
<p>O04.6 Komplet eller icke specificerad abort, komplicerad med utdragen eller ymnig blödning</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ymnig: Hb-förlust >30 eller Hb<100 eller Utdragen: blödning > 3 veckor <p>För medicinsk abort gäller</p> <ul style="list-style-type: none">• Komplet: >3 veckor har gått från aborten och AP-mått <15mm• Icke specificerad abort: <3 veckor har gått från aborten
<p>O04.8 Komplet eller icke specificerad abort, med andra och icke specificerade komplikationer</p> <ol style="list-style-type: none">1. Komplet: >3 veckor har gått från aborten och AP-mått <15mm2. Icke specificerad abort: <3 veckor har gått från aborten3. Patienten söker för smärta även om det räknas som normalförlopp
<p>O07.4 Misslyckat försök till inducerad abort, utan komplikation</p> <ol style="list-style-type: none">1. Levande foster

Handläggning av komplikationer efter inducerad abort

Symptom och status	Behandling
Ringa eller ingen blödning, AP-mått <15 mm	Ingen åtgärd 1. Ge lugnande besked 2. Planering: Graviditetstest om fyra veckor hemma (från abortdagen) eller enligt tidigare planering från abortmottagningen
Ringa blödning, AP mått 15-50 mm: 1. Ingen eller liten pågående blödning ur YMM vid undersökning 2. Cirkulatoriskt stabil	Detta kan vara normalt status under de tre första veckorna efter en inducerad abort. Ju kortare tid som gått efter aborten desto mer rester kan finnas kvar och vice versa. Ca 95 % av patienterna kan ha normalt ultraljud efter tre veckor. Ju mer rester som är kvar efter längre tid som gått desto större indikation för Cytotecbehandling enligt nedan: <ul style="list-style-type: none"> • Exspektans kan prövas med grav-test enligt rutin efter abort. Om positivt grav-test tas ny kontakt med abortmottagningen • Eller Cytotecbehandling i hemmet (3 T Cytotec <u>sublinguallt eller buckalt per oralt</u>, smärtlindring enligt mall) • Planering: Återbesök om 10 -14 dagar
Måttlig blödning, AP-mått 15-50 mm: 1. Lätt sivande blödning ur YMM vid undersökning 2. Avstannad eller ringa blödning efter utplockning av rester 3. Cirkulatoriskt stabil 4. Hb >100*	<ul style="list-style-type: none"> • Cytotec-behandling i hemmet (3 T Cytotec <u>sublinguallt eller buckalt per oralt</u>, smärtlindring enligt mall) • Planering: Återbesök om 10 -14 dagar. Grav-test (500 IU) vid återbesök • Om kvarvarande rester vid återbesök rekommenderas VEX i första hand
Ringa eller måttlig blödning: <ul style="list-style-type: none"> • AP >50 mm 	<ul style="list-style-type: none"> • Vakumexeres (VEX) rekommenderas • Det finns möjlighet att använda Cytotec-behandling enligt SMA-mall och patienten är dagvårdspatient på avdelning 68. Ingen bra metod finns för att utvärdera om behandlingen har givit tillräcklig effekt, därför kan den ej rekommenderas som förstahandsval
Riklig blödning oavsett ultraljudsbilden och AP-måtten: Riklig blödning: <ol style="list-style-type: none"> 1. Riklig, rinnande blödning ur YMM vid undersökning 2. Cirkulatorisk påverkan 3. Hb <100 vid tidigare normalt Hb 	<ul style="list-style-type: none"> • Akut VEX

*Man bör ta hänsyn till vilket Hb patienten hade innan aborten påbörjades och om det sjunkit signifikant vid akutbesöket.

Infektion

Infektion är en ovanlig komplikation efter abort, men endometrit bör övervägas hos kvinnor som söker för feber och/eller låg sittande buksmärtor och/eller illaluktande flytningar.

Endometrit med sepsis <ol style="list-style-type: none">1. Buksmärtor med palpations- eller ruckömhet och/eller illaluktande avslag2. Feber >38°C eller hypotermi eller frossa3. Uttalad allmänpåverkan eller cirkulatoriskt instabil (takykardi, puls >100, hypotension systoliskt <100, perifer kyla. AF >20)4. Ultraljudsbild med eller utan graviditetsrester5. Med eller utan (måttlig/ riklig) blödning <p>OBS: Inte alla punkter listade ovan behövs för att misstänka endometrit med sepsis.</p>	Handläggning <ol style="list-style-type: none">1. Inläggning med vätskebehandling2. Akut provtagning: CRP, LPK, TPK, Laktat, elstatus. Blododling (2 flaskpar), urinodling och allmän cervixodling3. Antibiotika: Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 Vid penicillinallergi: Cefotaxim 1 g x 4 och Metronidazol (Flagyl) 400mgx3* Ciprofloxacin 400 mg x 3 och Clindamycin 600 mg x 3 ** Om patienten är tryckinstabil, bör antibiotika med högre dosering ges***.4. Om gravitetsrester är kvar skall VEX övervägas men antibiotikabehandling skall ha påbörjats innan VEX
Endometrit utan sepsis <ol style="list-style-type: none">1. Buksmärtor med palpations eller ruckömhet och/eller illaluktande avslag2. Feber >38°C och/eller CRP >203. Patienten är opåverkad/cirkulatoriskt stabil	Poliklinisk behandling <ul style="list-style-type: none">• Antibiotikabehandling per oralt Amoxicillin/klavulansyra 875/125 mg x 3 och Metronidazol (Flagyl) 400 mg x 3 i 10 dagar Vid penicillinallergi: Sulfametoxazol/trimetoprim (800 mg + 160 mg) 1 x 2 per os i kombination med metronidazol 400 mg x 3• ÅB om 10-14 dagar <u>vidbehov men inte rutin</u>

* Cefotaxim kan ges vid pc-allergi som yttrat sig som urtikaria, svullna läppar eller diarré.

** Om patienten reagerat med anafylaxi (livshotande reaktion) på pc, avråder de flesta från Cefalosporiner och då skall ciprofloxacin/clindamycin användas.

*** Vid instabilt blodtryck bör högre dosering ges, Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4.

Vid pc-allergi, Cefotaxim 2 g x 3.

Klamydiaprov erbjuds ~~tas~~ som rutin för alla kvinnor som söker för abort. Om patienten har positiv klamydia och konstaterad endometrit, behandla med Doxycyklin (Doxoferm) 100 mg x 2 per os i två veckor tillsammans med Metronidazol (Flagyl) 400mg 1 tabl. X 2 per os dagligen i tio dagar.

Smärta

Smärta är en del av normalförloppet vid inducerad abort. Patienten får med sig smärtstillande mediciner vid medicinsk hemabort (MHA) enligt mallen (Alvedon, Diklofenak, Oxynorm).

Smärtan ska vara hanterbar. Vid uttalad smärta trots smärtlindringen kan patienten söka akut till Gynakuten, Sahlgrenska för hjälp med smärtlindringen. I första hand behandling med NSAID och paracetamol med regelbundna intervaller. Kan kompletteras med opiat vid behov. Inläggning vid behov.

Om patienten är Rh-negativ ges Rhophylac 1500 IE i.v eller i.m till alla som blir kirurgiskt behandlade.

Ansvar

Gäller för all personal inom VO 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.

Granskare/arbetsgrupp

Tagrid Jar-Allah, specialistläkare Akut och benign gynekologi

Helena Hognert, sektionschef Benign gynekologi ÖS

Daniel Bremell, sektionschef Infektion, Östra

Referenser

1. Tohma YA, Dilbaz B, Evliyaoglu O, Coskun B, Colak E, Dilbaz S. Is ultrasonographic evaluation essential for diagnosis of retained products of conception after surgical abortion? The journal of obstetrics and gynaecology research. 2016;42(5):489-95.
2. The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011.

3. Orlowski HL, Mellnick VM, Dahiya N, Katz DS, Chang ST, Siegel C, et al. The imaging findings of typical and atypical genital and gynecologic infections. *Abdominal radiology* (New York). 2016.
4. Sweet RL. Pelvic Inflammatory Disease: Current Concepts of Diagnosis and Management. *Current infectious disease reports*. 2012.
5. Svår sepsis/septisk chock, diagnostik. Sahlgrenska Universitetssjukhus. Magnus Brink, överläkare.
6. Antibiotikabehandling inom gynekologi, Västra Götalandsregionen/Skaraborgs sjukhus. Per-Göran Larsson.
7. Antibiotikaanvändning i slutenvård och särskilda boendeformer. Mats Bergström. Vårdprogram formulerat av Stockholms läns landstings Strama-grupp Hämtat från www.janusinfo.se
8. Sexuellt överförbara bakteriella infektioner – Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket, 2015.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Tagrid Jar-Allah, (tagja1), Sektionschef

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

Dokument-ID: SU9786-1429723585-6

Version: 15.0

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-08-25