

Kirurgisk abort

Jan Brynhildsen

KK Linköping

Ob/Gyn, Avd för Barns & Kvinnors Hälsa

Linköpings Universitet

Socialstyrelsen

2012
(37300 aborter)

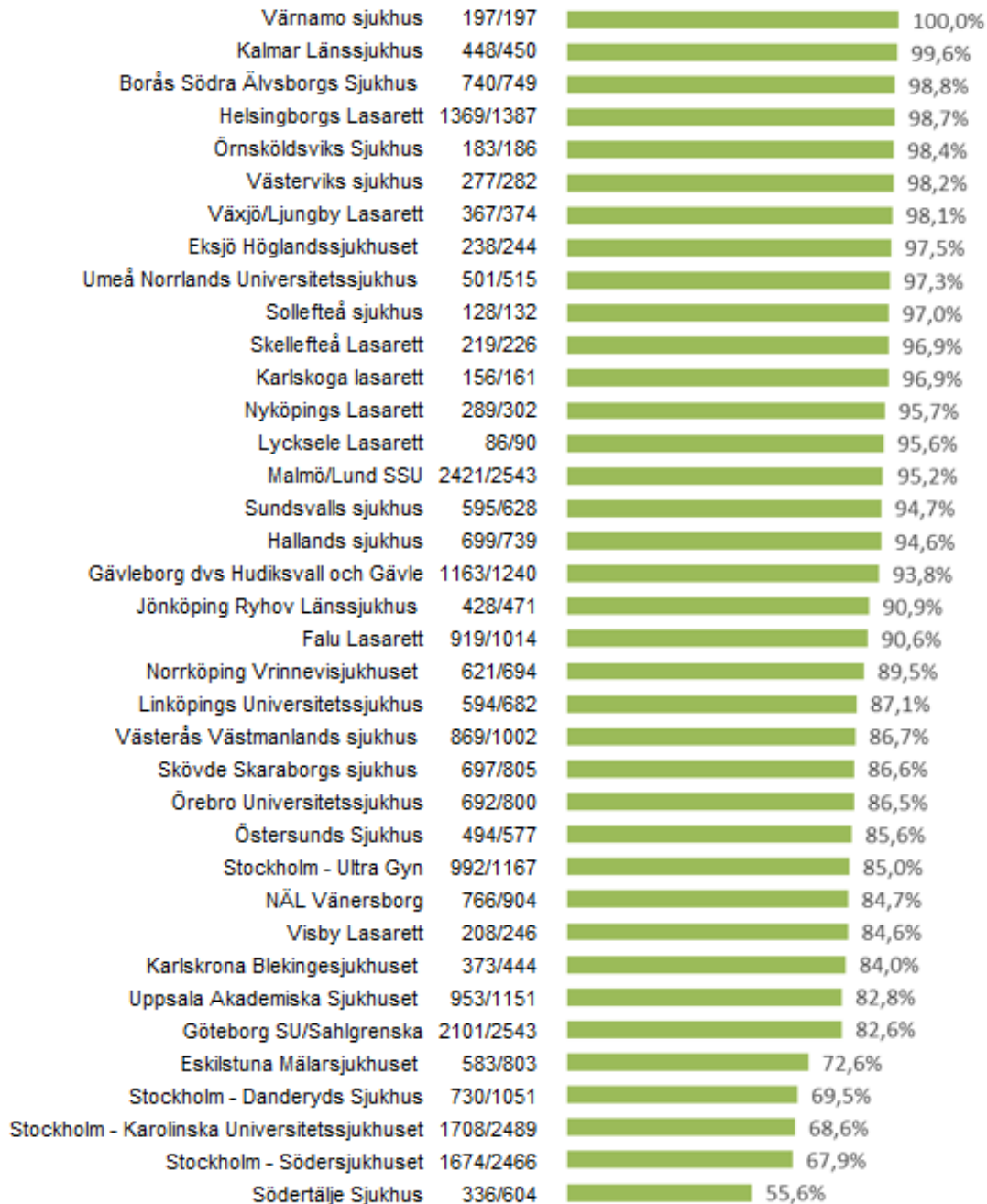
Graviditetslängd	Andel (%)	Av dessa andel med ab (%)	Av dessa andel kir ab (%)
Tom 6+6	41	97	3
7+0 - 8+6	38	83	17
9+0 -11+6	14	40	60
12+0 - 18+0	6	91	9
➤ 18+0	1		

Totalt 17% kirurgiska aborter

2015
(38071 aborter)

Graviditetslängd	Andel (%)	Av dessa andel med ab (%)	Av dessa andel kir ab (%)
Tom 6+6	51	97	3
7+0 - 8+6	32	87	13
9+0 -11+6	11	64	36
12+0 - 18+0	5	97	3
➤ 18+0	1		

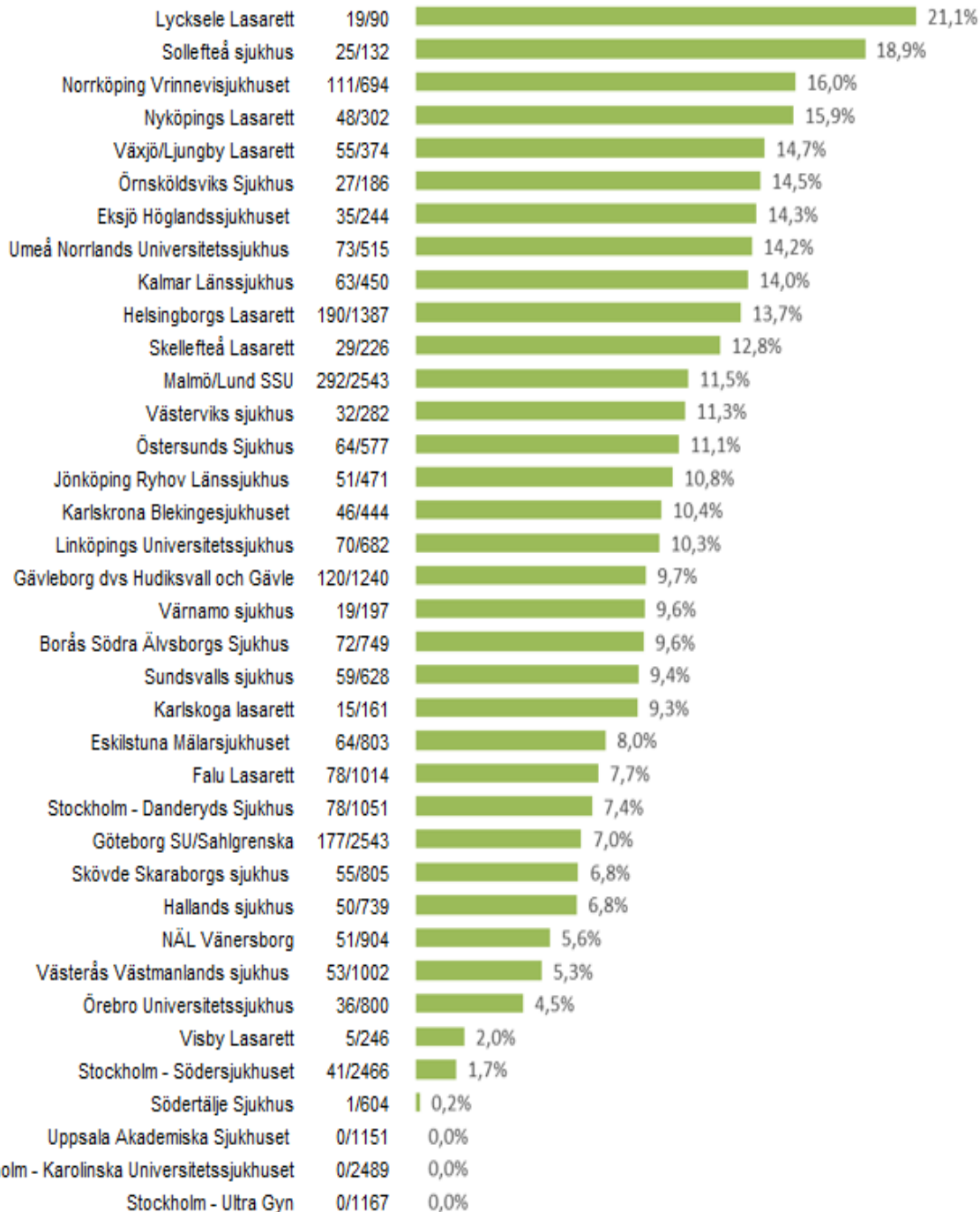
Totalt 9,5% kirurgiska aborter



Andelen medicinska
aborter i relation til
totalantalet

SFOGs årsrapport 201

Jämlik vård?



- Medicinska aborter v 9-12 i relation till totala antalet aborter
- Totalt (då) 64% av alla aborter vid denna graviditetslängd

Jämlik vård?

Kirurgisk abort

- Förr den vanligaste gynekologiska operationen och en av de vanligaste (den vanligaste?) kirurgiska åtgärden alla kategorier
- 2014 gjordes 9,5% av alla aborter kirurgiskt
- Färre kirurgiska aborter – svårare att få adekvat vana/kunskap

Kirurgisk abort

- Hur?
- När
- Förbehandling
- Komplikationer
- Infektioner
- Anestesi/analgesi

Kirurgisk abort

Problem

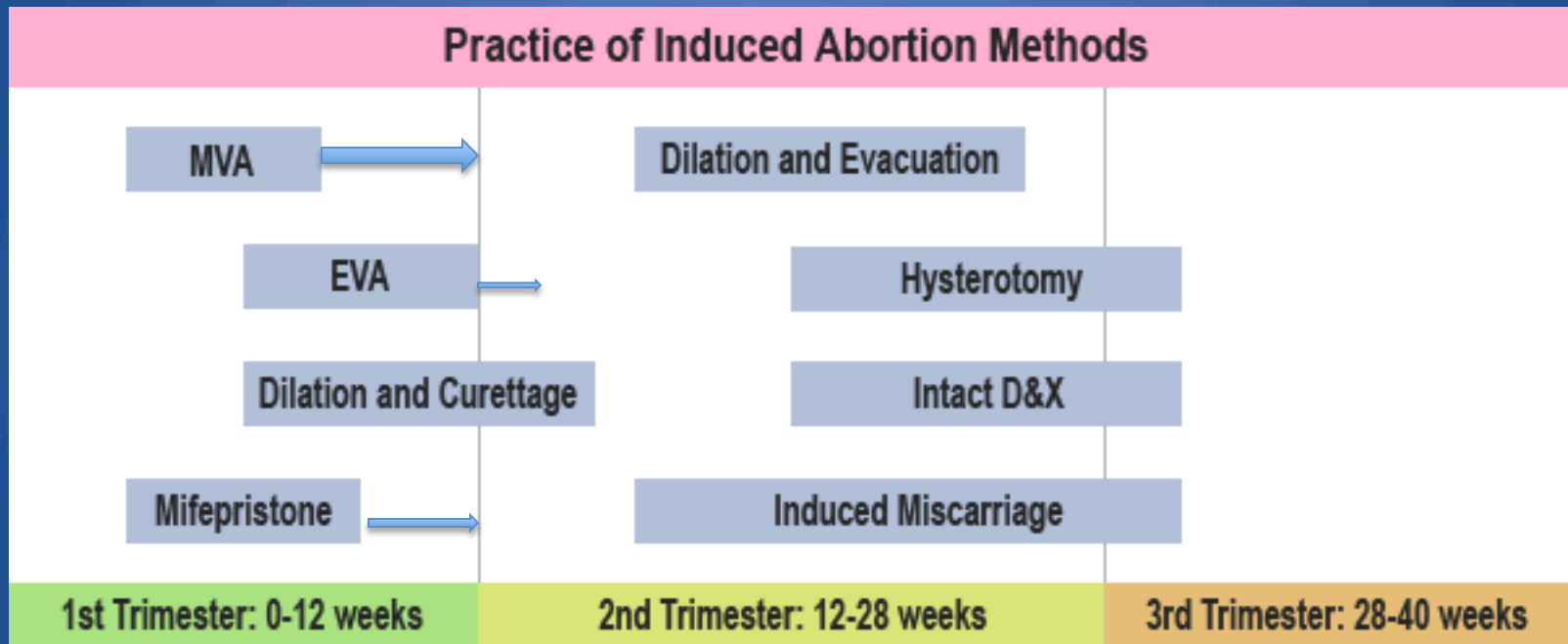
Merparten av det vetenskapliga underlaget är relativt gammalt och med varierande definitioner.

Men.....det är det vi har att utgå från!

Kirurgisk abort

- Globalt sett vanligaste metoden
- Ofta som curettage
- Vacuum aspiration (VA) skall användas (enda metoden som används i Sverige!).
- Trots att medicinsk abort i många fall kan rekommenderas som förstahandsalternativ finns det tillfällen när kirurgisk abort kan vara att föredra.

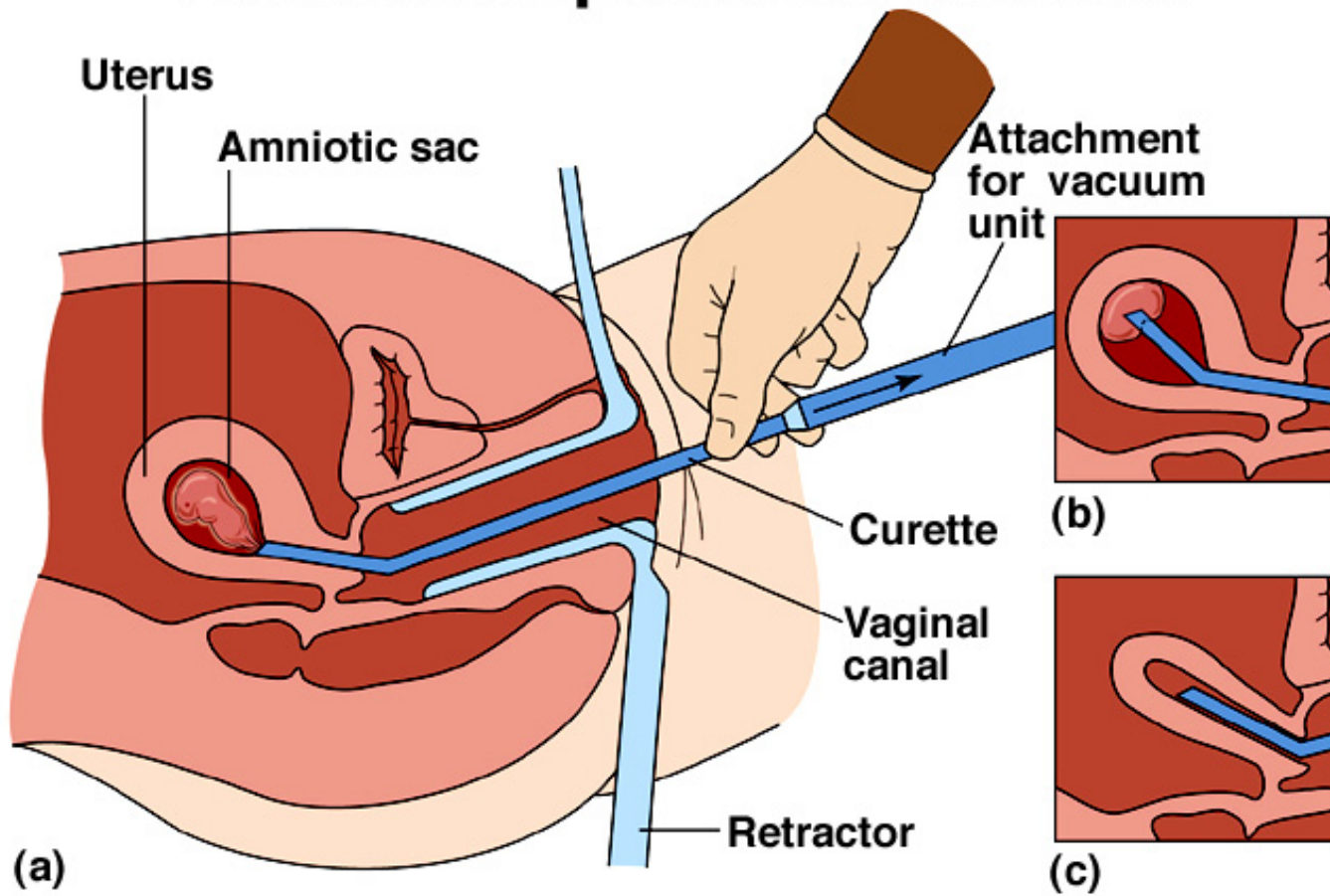
Metod i relation till graviditetslängd



Princip för VA

Byer/Shainberg/Galliano *Dimensions Of Human Sexuality*, 5e. Copyright © 1999. The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.

Vacuum Aspiration Abortion



Dilatation

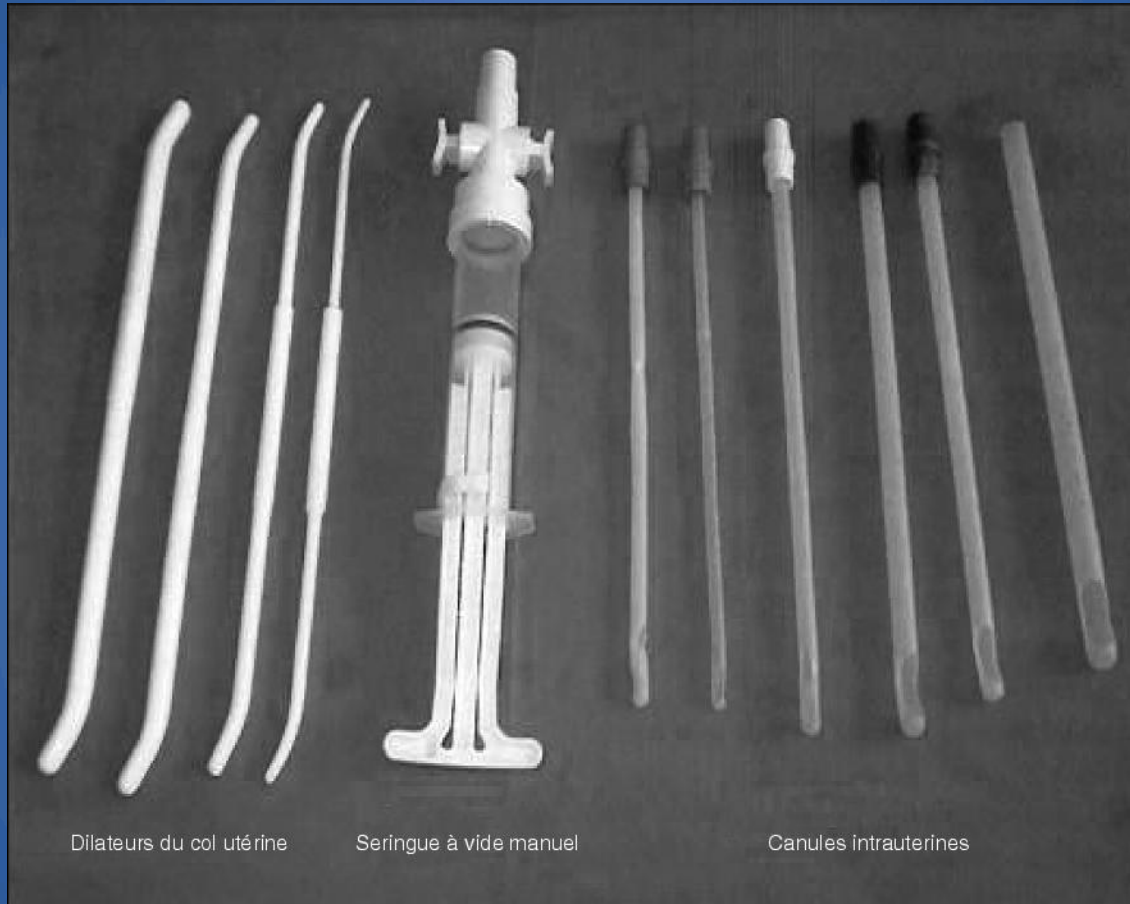
(Hegarstift)



Elektrisk sug



Manuell sug



Elektrisk eller manuell sug?

- Metoderna likvärdiga avseende utfall
- Metoderna likvärdiga avseende säkerhet
- Metoderna likvärdiga när det gäller acceptans av användare

- Kortare operationstid med elektrisk sug

Edelman et al 2001, Hemlin et al 2001, Bird et al 2001, Bird et al 2003, Dean et al 2003

Graviditetslängd

– när kan kirurgisk metod rekommenderas (nedre gräns?)?

- Ju tidigare desto bättre när det gäller komplikationsrisk!

V 9-12 vs < 9v RR risk för komplikation 1.3(1.02-1.63) Ferris et al 1996

V 17-20 RR 3.3 (2.23-5.0)

- undantag!!! Inkomplett abort

- Mortaliteten ökar med graviditetslängd!! Lawson et al 1994
- Ökad risk för inkomplett abort vid graviditetslängd < 7veckor
 - ca 1% fortsatt graviditet
 - ca 3ggr ökad risk för inkomplett abort <7v vs 7-12v Kaunitz et al 1985

RCOG 2011

”Vacuum aspiration under 7 weeks of gestation should be performed with appropriate safeguards to ensure complete abortion, including inspection of aspirated tissue.”

Obs!! Kom ihåg.....

- Det åligger operatören att på ett adekvat sätt förvissa sig om utbytet...
- "Access to ultrasound during vacuum aspiration is recommended but not routinely required for uncomplicated procedures" RCOG 2011
- Extra viktigt vid VA och graviditetslängd < 49 dagar (7v)!
- Inte ovanligt som anmälningsärende!!

Graviditetslängd

– när kan kirurgisk metod rekommenderas (övre gräns?)?

- Komplikationsrisken ökar med ökande graviditetslängd !!
- Kirurgisk abort (VA) tom v 12+0 – okontroversiellt!
- Fom v 12 bör sen medicinsk abort vara förstahandsmetod
- V 12+0 – 13+0 kan VA utföras av *erfaren* gynekolog
- V 13+1 – 15+0 (16+0) Kräver särskild kompetens och extra stor sug! Knappast aktuellt i ett svenskt perspektiv!

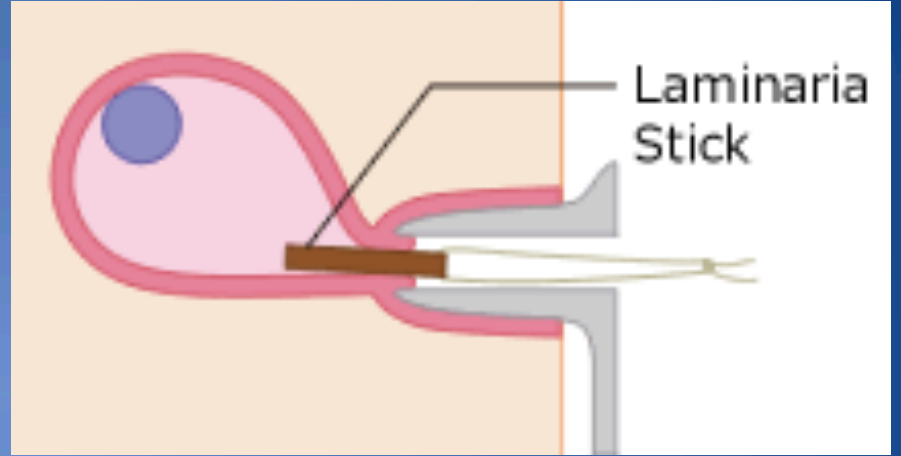
Förbehandling

- Låg ålder starkt korrelerad till risken för cervixskada Schulz et al 1983
- Ökande gestationslängd likaså kopplat till risken för cervixskada
- Förbehandling ("cervical priming") minskar risken (OR för ingrepp utan priming vs med priming 2.21)
- 400 microgram misoprostol vaginalt minskar antalet komplikationer (Meirik et al Lancet 2012)
- Många äldre studier har studerat laminaria
- Nya studier har studerat olika prostaglandiner i olika administrationsformer liksom mifepristone.

Förbehandling

- Prostaglandiner
 - Misoprostol 400 microgram(2 tabl cytotec[®])
vaginalt, sublinguallt eller (peroralt) 2–3 tim innan ingreppet
 - Gemeprost (Cervagem[®]) 1mg 3 tim innan ingreppet
- Progesteronreceptorantagonist
 - Mifepristone (Mifegyne[®]) 200mg peroralt 24–48 tim innan ingreppet
- Osmotisk dilatation (laminaria) kan vara mer effektivt vid höga gestationslängder (Newmann et al Cochrane 2010)

Laminaria



Cochrane Database Syst Rev.

2010

- Modern methods of cervical ripening are **generally safe**, although efficacy and side-effects between methods vary.
- Cervical preparation **decreases the length of the abortion procedure**; this may become increasingly important with increasing gestational age, as mechanical dilation at later gestational ages takes longer and becomes more difficult.
- Mifepristone > Misoprostol > Gemeprost – small differences
- Misoprostol sublingual > vaginal > oral
- Reports of adverse events such as cervical laceration or uterine perforation are **uncommon** overall in this body of evidence and no published study has investigated whether cervical preparation impacts these rare outcomes.
- Mifepristone 200 mg, osmotic dilators and misoprostol, 400microg administered either vaginally or sublingually, are the most effective methods of cervical preparation.

Förbehandling

Vem ska ha förbehandling?

- Kan med fördel erbjudas alla men bör särskilt ges till:
 - Kvinnor som ej genomgått vaginal förlossning
 - Unga (< 18 år)
 - Tidigare koniserade
 - Känd rigid cervix
 - **ALLA** med graviditetslängd >10v

Uterusperforation

- Ovanligt, men sannolikt underdiagnosticerat
- Ca 1-4 perforationer / 1000 ingrepp, Hakim-Elahi et al 1990, Kaali et al 1989, Heisterberg et al 1987
- Svenska data – 1.7/1000 ingrepp 1982-1992
Lindell et al 1995
- Kaali et al studerade samtidig abort + sterilisering.
 - 6408 aborter – 1.3 perforationer/1000 ingrepp
 - 706 aborter i direkt anslutning till laparoskopisk sterilisering
 - man fann då tecken till perforation i 14 fall = 19.8/1000

Uterusperforation

Riskfaktorer

- Gestationslängd
- Kraftigt retro/anteflekterad uterus
- Myom
- Uterusanomalier

Uterusperforation

- Det absoluta flertalet fall missas med all sannolikhet
- Majoriteten av perforationer gör sannolikt ingen skada

men..... Måste tas på allvar!!!

- I Stockholmsstudien (Lindell et al 1995) fann man blödning/lacerationsskada i drygt 10% av fallen

Uterusperforation

Handhavande vid misstänkt perforation

- Misstanke uppstår oftast tidigt!
- Avbryt ingreppet
- Observera patienten
- Den kliniska bilden styr vidare handläggning. I flertalet fall behövs ingen ytterligare åtgärd (laparoskopi/laparotomi).
- När patienten är stabil – avsluta ingreppet!
- Tidigare VA under "ögats kontroll" (samtidig lap.skopi)
- Idag – medicinskt avbrytande

Infektioner

- Vanligaste morbiditetsorsaken
- Ihop med anestesikomplikationer och tromboembolism den vanligaste mortalitetsorsaken
- Förekommer efter ca 1-10% av alla kirurgiska aborter (Sonne-Holm et al 1981, Krohn et al 1981, Weström et al 1981, Larsson et al 1992, Achilles et al 2011)
- **GÅR ATT FÖREBYGGA!!!!**

Infektioner

- Förekomst av *C trachomatis*, *N gonorrhoea* eller Bakteriell vaginos ökar risken!
- Behandling av BV minskar risken för postop infektion Larsson et al 2000
- Provtaging (screening) och behandling eller allmän behandling?

Infektioner

- Allmän behandling (profylaktisk behandling) och screening/behandling halverar antalet infektioner Sawaya et al 1996
- Allmän behandling (profylaktisk behandling) och screening/behandling är lika effektivt. Penney et al 1998
- Allmän behandling hälften så dyrt (!!)
- Screening medför möjlighet att smittspåra samt minskar risken för ev resistensutveckling

Infektioner

- Amerikanska guidelines rekommenderar allmän profylaktisk behandling med doxycyklin. Inte applicerbart på svenska förhållanden (Contraception 2011)
- Screening skall användas!
- Screena för *C trachomatis* och BV
- Behandla ev infektioner innan ingreppet!
- Om ej möjl att invänta svar.
 - Överväg profylaktisk behandling (Metronidazol & Doxycyklin)
- Riskpopulationer screenas för GC & el andra agens

Infektioner – vaginaltvätt ??

- Ingen skillnad mellan tvätt med baktericid lösning och NaCl (6.7% vs 6.6% infektioner) Lundh et al 1983
- Vaginal applikation av Choloroquinaldol gel (Sterosan) under sex dagar före aborten minskade inte antalet infektioner (9% vs 12, NS) Meirik et al 1981
- Ingen skillnad i infektionsförekomst mellan Klorhexidin och NaCl (2.4% vs 2.1%) 486 pat randomiserade, Varli et al 2005

Få och rel gamla studier med varierande kriterier men med all sannolikhet medför inte vaginaltvätt någon minskad förekomst av infektioner

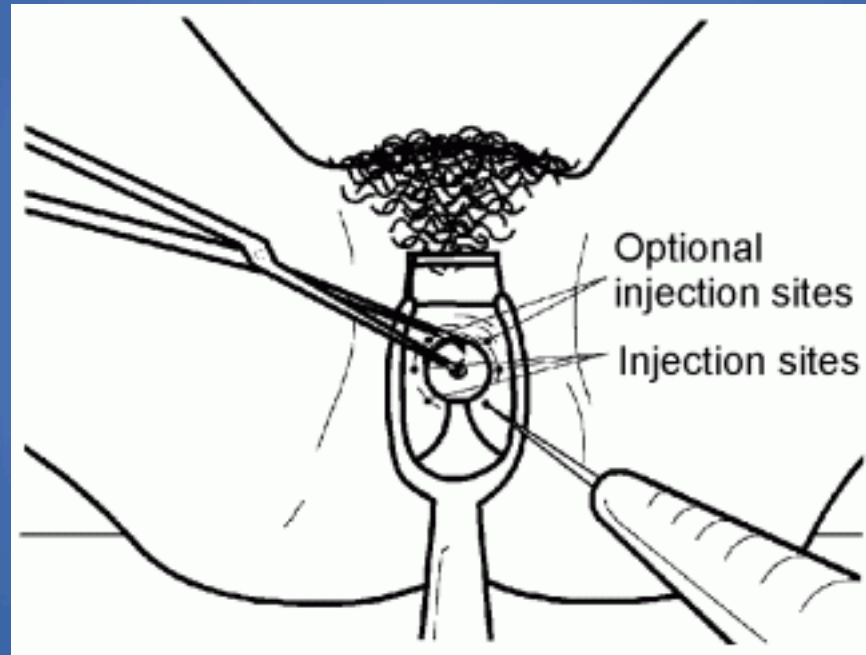
Anestesiform

- Generell anestesi eller PCB??
- Studier avseende generell anestesi är överlag rel gamla och berör narkosmedel som oftast inte används idag.
- Studier av moderna narkosmedel i samb med abort saknas

PCB

2 eller 4 injektionspunkter

ingen skillnad i smärtlindrande effekt Glantz et al 2001



Anestesiform

- Olika typer av generell anestesi verkar vara likvärdiga De Jonge et al 1994
- PCB och generell anestesi har båda låg komplikationsfrekvens
- Perforation, cervixskada och blödning vanligare vid generell anestesi MacKay et al 1985, Grimes et al 1979
- Den lilla mortalitet som setts har ofta varit anestesibetingad Lawson et al 1994
- Services should be able to provide surgical abortions without resort to general anaesthesia. Evidence level B

RCOG 2011

Vad föredrar kvinnan?

- Svenska data saknas!
- I en Indisk studie valde 60% generell anestesi. Båda grupperna nöjda (Clark et al 2002)!
- Viktigt att tillhandahålla båda metoderna!
- Glöm inte PCB!!!
- PCB i "lightnarkos" (propofolsedering) kan vara ett bra alternativ. Patienterna skattar lägre smärta (Li et al Hum Reprod 2006;21:1461–6)



Blödning

- Påtaglig brist på kontrollerade studier!
- I medeltal blöder kvinnan ca 10 dagar Henshaw et al 1994

Data fr engelska abortstatistiken Maclsaac et al 2000, Freedman et al 1986
Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2009. Statistical Bulletin 2010/1. London: DH; 2010

- "Riklig blödning" i ca 1.2/1000 aborter om graviditetslängd <13v
- 4 - 8.5/1000 vid 20v
- Transfusionskrävande blödning 0.5-2/1000 aborter

Blödning

- Uteruskontraherande läkemedel kan eventuellt minska blödning Garrioch et al 1988, Ali et al 1996
- Nyare studier kan inte påvisa skillnader (Nygaard et al 2011;)
- Generell användning av uteruskontraherande läkemedel rekommenderas inte!
- Om det behöver ges - färre biv med oxytocin jämfört med metylergometrine

OBS – förbehandling med prostaglandin verkar även uteruskontraherande!

Rh-profylax

- Till skillnad fr medicinsk abort finns evidens för att man skall ge Rh-profylax vid kirurgisk abort

Jabara et al 2003

<12v 625 ie (125microgram)

>12v 1250 ie(250 microgram)

När ska vi välja kirurgisk abort?

Kirurgisk abort är inte alltid sämre än medicinsk abort!!!!!!

Kirurgisk abort är i många fall ett bra alternativ!!

Ekonomiska skäl får inte styra valet av metod!

- När kvinnan önskar det!
- När det finns en tillräckligt erfaren operatör (vid senare ingrepp)
- När medicinsk abort inte av olika skäl är lämpligt
- När vi kan behöva sätta in IUD med samtidig bra bedövning
- Andra tillfällen.....