

Veileder for PA-journalskrivere

*-Av Ole-Christian Kreyberg Normann og Heidi Elisabeth Fjeldstad
Revidert August 2017 av Pernille Bjerre Trent*

Velkommen i jobben som ny PA-journalskriver! Denne veilederen er skrevet basert på en gammel veileder som gikk i arv i flere år, samt diverse andre kilder. Den har som funksjon å definere vanlige scenarier du vil oppleve i møte med pasienter som kommer for svangerskapsavbrudd, danne et grunnlag for prevensjonsveiledning og gi en innføring i noen vanlige gynekologisk relaterte sykdommer det er vanlig å møte i denne pasientgruppen. For mange unge kvinner er møtet med deg som lege på PA-kontoret deres første møtet med en lege. Husk at hun kommer på et sårbart og vanskelig tidspunkt i livet. Den viktigste oppgaven på abortpoliklinikken er å unngå at pasienten kommer tilbake senere som abortsøkende! Det er derfor viktig med god prevensjonsveiledning. Tommelfingerreglen er at ingen skal gå fra PA uten prevensjon.

Kort om abort (kilde: FHI.no)

Det gjennomføres ca 13.000 provoserte aborter (PA) i Norge i året (til sammenligning fødes det i underkant av 60.000 barn i året). 11.0 pr 1000 kvinner tok abort, eller litt over 1 %. Det er en generelt sett fallende trend for abort, og tallet for PA hos tenåringer er historisk lavt. Kvinner fra 20-24 år har lenge hatt den høyeste forekomsten av PA, men de siste årene er den høyeste i aldersgruppen 25-29 år. 95 % var selvbestemte. 80 % av abortene ble gjennomført før 9. uke. 87.5 % av abortene ble gjennomført medisinsk. Ca 4 % av pasientene fikk påvist Klamydia.

Ca 35 % har tidligere gjennomført en PA. Kvinner fra Afrika og Asia har hyppigere PA enn etnisk norske kvinner. 40 % oppgir at de brukte prevensjon da de ble uønsket gravide. Det utføres årlig ca 2.500 PA-konsultasjoner på Ullevål. Det sier seg selv at jobben med å unngå at disse kvinnene kommer tilbake som uønskede gravide er viktig.

Generell informasjon om konsultasjonen

Miljøet på gynekologisk avdeling er svært godt. Du kan til enhver tid spørre personalet på avdelingen, og være sikker på at du får hjelp. Abortrådgiverne er veldig erfarne og er vant til nye PA-skrivere flere ganger i året. LIS og overlege er også alltid tilgjengelige. Spør for mye heller enn for lite! Veilederen er en god hjelp, men det er viktig at man likevel konfererer om det man er usikker på, blant annet siden dette er den beste måten å lære på. For deg er det kanskje din første jobb som lege, så vær ydmyk ovenfor rollen.

Journalen/dokumentasjon:

Abortjournalen man bruker finnes i Partus, som er en fødejournal. Kopi av dette sendes ikke ut til noen, heller ikke fastlegen. Dersom noe avviker fra det normale er det viktig og også dokumentere dette i DIPS. Alle har nå tilgang på sin egen journal via Minjournal.no. Det kan være lurt å forklare det for pasienten, da noen kan ha innsigelser mot hvordan man ordlegger seg (hos noen vet for eksempel ikke partner at de er gravide og ønsker abort). Noen ønsker heller ikke at fastlegen får en kopi, så spør pasienten.

Disse punktene skal gjennomgå og fylles ut før og/ eller under konsultasjonen. Etter hvert finner du dine egne rutiner og rekkefølger på ting.

- Hvem som har skrevet journalen og hvem som har skrevet under på begjæring om svangerskapsavbrudd (som regel deg, noen ganger har egen lege, dvs. fastlege, skrevet under på forhånd)
- Dato for første dag av siste menstruasjon (last menstrual period, LMP)
 - Samt eventuell vaginal blødning etter siste menstruasjon og relaterte symptomer – magesmerter spesielt viktig
- Obstetrisk anamnese
 - Antall svangerskap over 22 uker, antall svangerskap avbrutt før 22 uker (spontanabort), ekstrauterine graviditeter og antall provoserte aborter, samt årstall for siste gjennomførte provoserte abort. Denne informasjonen må føres i Partus -> Svangerskap->Historikk (føres det rett i abortmodulen blir det slettet)
 - Spør hvilke(n) metode(r) som ble brukt – medisinsk eller kirurgisk – dersom pasienten har tatt abort tidligere, og om det var noen komplikasjoner
 - Dersom pasienten har født barn tidligere, spør om hun ammer. Hun må ta en 3-dagers pause i ammingen dersom hun skal gjøre en medisinsk abort; kvinner som ammer skal heller ikke ha prevensjon med østrogen.
- Bruk av prevensjon i forbindelse med graviditet
 - Her føres "ingen" dersom pasienten angir å ha rotet med p-piller etc. Dette fordi man ellers ødelegger statistikken til den gitte prevensjonsmetoden med dårlig etterlevelse (reduisert compliance)
 - Under dette punktet foregår prevensjonsveiledning (OBS! pass på å ta hensyn til evt. tidligere sykdommer, medikamenter og uterine anomalier)
- Tidligere sykdommer
 - Her vurderer man selv hva som er relevant utover de punktene som står definert i journalmalen. Spesielt gynekologiske sykdommer og operasjoner i bukhulen/bekkenet er viktig. Bruk pasientskjemaet
 - Evaluer tidligere sykdommer med tanke på abortmetode, smertestillende for medisinsk abort, og prevensjon (f. eks. magesår/kolitt utelukker NSAIDs, brystkreft utelukker alle hormonelle prevensjonsmetoder; hypertensjon, tidligere DVT, kjente mutasjoner (Leiden), alvorlig diabetes, migrene m/aura – utelukker kombinasjonspreparater)
 - Pasienter med alvorlige sykdommer – hjertefeil, hjerneslag osv bør generelt evalueres nøye evt konfereres før behandling.
- Allergier
 - Det viktigste her er medikamentallergier – disse må føres inn i partus og DIPS!
 - Soya og nøtteallergier kan ha innvirkning på anestesi.
- Faste medisiner
 - Alle medisiner og dosering må føres
 - OBS! Noen medisiner har innvirkning på anestesi ved evt. kirurgisk abort (f. eks. blodtrykksmedisiner – konferer med anestesilege hvis usikker).
 - Tenk også på medisiner som kan ha innvirkning på prevensjon – blant annet tetracycliner, HIV-medikamenter, lamictal.
- Høyde og vekt

- NB! Pasientskjemaet må være fylt ut og signert av pasienten før hun går videre til abortrådgiver.

Klinisk undersøkelse:

- Auskultasjon av
 - Hjertet – dersom du hører en bilyd spør du om pasienten har blitt gjort oppmerksom på dette tidligere. Ofte er det kjent og de følges opp av fastlege. Hvis det var ukjent for pasienten gjør du ett av to:
 - Ikke vurdert som alvorlig: Be pasienten om å ta dette opp med sin fastlege
 - Vurdert som alvorlig: Konsulter med en overlege
 - NB! Konferer vedrørende pasienter med medfødt alvorlig hjertefeil
 - Lunger – mer diffust. Det viktigste er om pasienten virker respiratorisk besværet. Dersom du hører noe du allikevel mener er av betydning konsulterer du overlege
- Blodtrykk
 - Hvis <160 mmHg systolisk kan pasienten gjennomgå både medisinsk og kirurgisk abort, men BT følges opp av fastlege
 - Hvis >160 mmHg, bør anestesilege konsulteres før inngrepet og pasienten skal følges opp videre (av egen lege og evt viderehenvises, avhengig av klinikk for øvrig)

Gynekologisk undersøkelse:

- Det brukes vanligvis spekulum og korntang av metall. Bruk plastspekulum om nødvendig
- Vulva, vagina og cervix skal inspiseres. Det er spesielt verdt å merke seg om det er pågående cervical blødning og evt. synlige graviditetsprodukter mtp. spontanabort
- Det tas klamydiaprøve av cervix eller vagina rutinemessig av alle pasienter. Dersom det av en eller annen grunn ikke skulle være nødvendig å gjøre GU, som for eksempel at pasienten har vært sett av gynekolog på huset helt nylig, rekvirerer du en urin midtstrømsprøve som sendes til PCR.
Dersom klamydiaprøve er positiv:
 - Sendes Rp (Blå resept § 4) Doxylin til pasienten og hennes partner (NB! Dersom pasienten er gravid etter uke 12 eller er ambivalent om å ta abort (uansett gestasjonsalder) bør Amoxicillin (500 mg x 3 i 7 dager) brukes istedenfor Doxylin ettersom Doxylin kan medføre fosterskader)
 - Pasienten får beskjed i informasjonsskriv om å ta kontrollprøve etter 5 uker hos fastlege
- Bimanuell palpasjon gjøres bl.a. for å undersøke livmorens størrelse, tegn til peritonitt, ruggeømheter over uterus, ømheter og/eller oppfylninger over adnexae, mtp. ekstrauterin graviditet
- Celleprøver bør ikke tas hos gravide da cervix ofte er lettblødende og man derfor får et svar som kan være inkonklusivt. Spør kvinnen om hun rutinemessig tar celleprøver (gjelder for alle over 25 år), om ikke ber du henne gå til fastlegen for dette etter aborten.

- Cervikale polypper er helt benigne og vokser ofte i graviditeten. De trengs ikke å fjernes (bør i hvertfall ikke fjernes dersom kvinnen er i tvil om aborten, da man kan få en blødning som kan være skremmende).

Vaginal ultralyd:

De aller fleste abortsøkende pasienter har kommet så kort i svangerskapet at transvaginal ultralyd (TVUL) er best egnet. Man gjør seg først opp en mening om det finnes en intrauterin graviditet med plommesekk og evt. fosteranlegg. Det hender at pasienter er gravide med tvillinger eller mer, og man må derfor se gjennom hele livmoren. Ses fosteranlegg måles crown-rump length (CRL) – fosterets størrelse. Dette målet egner seg best inntil 12 ukers graviditet. Da kan det også måles biparietal diameter (BPD) og femurlengde (FL). Det er lurt å benytte de anledningene som byr seg til å øve på disse målene, men det forventes ikke at du skal kunne dem.

- Plommesekk: Bidrar til ernæring og sirkulasjon hos fosteret. Kun plommesekk ved UL antyder ca. 5 ukers graviditet.
- CRL på 4 mm tilsvarer 6 uker og 1 dag → 6+1
- Konsulter overlege når du måler CRL >54 mm

Ser man fosteranlegg må det også vurderes om man ser hjerteaksjon. Anlegget som utvikler seg til fosterets hjerte er aktivt allerede fra svangerskapsuke fire (altså gestasjonsalder 6 uker), og bør derfor ses ved ultralyd. NB! Fravær av føtal hjerteaksjon regnes ikke som patologisk med mindre CRLer > 6mm (se avsnitt nedenfor om missed abortion for videre informasjon).

Etter undersøkelse av livmoren gjøres et forsøk på å finne og undersøke eggstokkene. Se nedenfor.

Abortloven:

Tilgangen på abort reguleres i Norge av Lov om svangerskapsavbrudd. Den praktiseres slik at man har rett på selvbestemt abort ut 12 uker. Største mål for 12 ukers foster er:

- CRL 66 mm
- BPD (ytre/ytre) 26mm, BPD (ytre/indre) 23 mm
- FL 12 mm

Dersom du i samarbeid med en overlege finner disse verdiene eller høyere må altså pasienten i nemnd, dvs. en komité som avgjør om pasienten får innvilget svangerskapsavbrudd. Nemnda skal bestå av to leger. Det ene faste medlemmet skal være lege ved den avdeling hvor svangerskapsavbrudd foretas. Det andre faste medlemmet oppnevnes av fylkesmannen og må ikke være tilsatt ved den avdeling hvor svangerskapsavbrudd foretas.

Kvinnen får ofte godkjent søknaden opp til 18 uker, fra da skal tungtveiende grunner til for å få innvilget abort. Den absolutt siste muligheten for å ta abort er 21 uker og 6 dager – 21+6. (Unntak: medisinsk senabort der det er fare for mors liv, for eksempel livstruende preeklampsi eller ved fosteranomalier uforenlig med liv).

Begjæring om svangerskapsavbrudd

- Pasienter som er 16 år og eldre kan signere egen begjæring om svangerskapsavbrudd. Pasienten kan selv velge om hun ønsker å ha med følge eller komme til timen alene.
- Dersom pasienten er <16 år gammel, må begjæring signeres av verge, eller ta kontakt med ledelsen.
- Dersom pasienten ikke snakker norsk eller engelsk, MÅ tolk brukes:
 - o I disse tilfellene skal tolk bestilles på forhånd når pasienten får time til PA journalskriving, men det hender at dette ikke har blitt fanget opp per telefon eller at tolken ikke møter. I dette tilfellet avventes signering av begjæring inntil telefontolk er tilgjengelig.
 - o OBS! Venner, familiemedlemmer, ektefeller, og google translate kan ikke brukes som tolk i dette tilfellet.

Dersom pasienten er ruset/beruset slik at man ikke får ordentlig kontakt med henne, skal signering av begjæring avventes.

Gjennomføring av svangerskapsavbrudd

Medisinsk abort:

Foregår ved at pasienten svelger én tablett med mifepristone (Mifegyne) under tilsyn av sykepleier. Dette er et antiprogesteron og motvirker derved progesteronets evne til å vedlikeholde svangerskapet (for mer informasjon se Felleskatalogen). 24-72 timer senere setter pasienten selv inn fire tabletter syntetisk prostaglandin E₁-analog, misoprostol (Cytotec) i vagina. Prostaglandiner får myometriet til å trekke seg sammen og cervix til å åpne seg. Den synergistiske effekten av mifepriston og misoprostol får livmoren til å tømme seg. Dette er selve aborten. Sykemelding inntil 3 dager.

Medisinsk abort kan tilbys dersom man ser intrauterin graviditet med plommesekk og/eller fosteranlegg (fra ca. 5 uker) og til og med uke 9+3.

Etter uke 9 går effektiviteten av medikamentell abort muligens ned.

Dersom det er en duplex graviditet kalles pasienten inn til ultralyd kontroll 1-2 uker etter medikamentell abort.

Det tilstrebes å gjøre medisinsk abort når det er mulig. Dette fordi alternativet, kirurgisk abort, er en større påkjenning for kroppen.

Komplikasjoner ved medikamentell abort inkluderer infeksjon, blødning, smerter, mislykket abort.

Kontraindikasjoner til medisinsk abort:

- Absolutte:
 - o Alvorlig astma. Definert som at den ikke er under kontroll med behandling, eller at pas. står på langtidsbehandling med orale steroider.
 - o Binyrebarksvikt
- Relative:
 - o Kommunikasjonsproblemer – snakker dårlig norsk/engelsk
 - o Eldre storryktere (>35 år og >15 sigaretter pr. dag)

- Tidligere konisert – spør om pasienten har hatt nedsatt menstruasjon som kan tyde på cervikal stenose
- Intrauterin spiral – hvis man ikke får tak i spiralen ved vanlig GU må pasienten uansett i narkose for å fjerne den – kan da gjøres i forbindelse med kirurgisk PA
- Blødningsforstyrrelse/antikoagulasjon – konferer ad. forbehandling (evt med cyklokapron og annet) både med bakvakt på gyn og anestesilege i forkant av inngrepet
- Porfyri
- OBS! Husk å ta stilling til om cytotec kan brukes for kirurgisk PA

Andre ting man bør vurdere med hensyn til medisinsk vs kirurgisk abort:

- Angst for å gjøre medisinsk abort
- Pasienten har ingen som kan være sammen med henne når hun gjør aborten hjemme - tilby medisinsk abort på post i dette tilfellet
- Pasienten skal reise bort med en gang etter aborten
- Pasienten er for ung/ruset/psykotisk/upålitelig til at man tror hun kan klare å gjennomføre en medisinsk abort
- Amming – pasienten skal ikke amme i 72 timer etter Mifegyne
- Faste medisiner: sjekk interaksjoner.no

Ofte stilte spørsmål:

- Er det vondt?
 - Graden av smerter er ofte relatert til menstruasjonssmerter; pasienter som vanligvis har kraftige menstruasjonssmerter har en tendens til sterkere smerter ved svangerskapsavbrudd. Dette er riktignok ingen regel. Smertene begynner en liten stund etter man har satt inn de vaginale tablettene, og varer stort sett 30-120 min. Når blødningen begynner avtar smertene ganske raskt
- Hvor lenge vil jeg blø?
 - Dette vil variere alt fra en uke til et par måneder, men vanligvis et par uker. Dersom pasienten fremdeles blør etter >1 måned bør hun ta kontakt.
- Hvor lenge er det til jeg kan bli gravid igjen?
 - Fra og med to uker etter aborten
- Når skal jeg begynne med prevensjon?
 - P-piller og p-plaster: samme dag etter blødning eller morgenen etter
 - P-ring settes inn på dag 4 etter aborten
 - P-stav settes inn innen 5 dager etter abort for å være effektiv fra og med første dag
 - Spiral kan settes inn samtidig som kirurgisk PA, eller 4 uker etter med. PA
- Når kan jeg ha samleie?
 - Livmorhalsen åpnes ved svangerskapsavbrudd. Grunnet økt risiko for ascenderende infeksjon med åpen cervix anbefales det å avstå fra samleie (og badekarsbad, tampong etc) i hvert fall til man har sluttet å blø

Kirurgisk abort

Foregår i full narkose ved at cervix åpnes ved dilatasjon, og uterus tømmes for svangerskapsprodukter ved hjelp av vakuumsug. Inngrepet tar vanligvis ca 5 minutter. Om morgenen samme dag før ankomst til "dagkirurgen" setter pasienten tre tabletter med misoprostol vaginalt for å modne cervix. Pasienten kan dra hjem på ettermiddagen samme dag. Sykemelding opptil 3 dager.

Kirurgisk abort tilbys ikke før uke 7+0 (pga økt risiko for å ikke tømme kaviteten fullstendig).

Kirurgisk abort gjøres rutinemessig ved OUS, Ullevål fra og med uke 9+0, men pasienten kan gjøre medisinsk til og med uke 9+3 dersom hun ønsker det.. Alternativ: dersom pasienten har et sterkt ønske om medisinsk abort etter uke 9+3, kan medisinsk abort på post tilbys dersom det er ledig plass.

Kirurgisk abortmetode kan tilbys til og med uke 12 (CRL 66).

Alvorlige komplikasjoner til kirurgisk abort er veldig sjelden i Norge. Komplikasjoner inkluderer blødning grunnet intrauterine rester eller perforasjon av livmoren, mislykket abort, redusert fertilitet grunnet arrdannelse i endometriet (Asherman's syndrome), infeksjon, blodpropp i forbindelse med narkose. For noen er anestesi mer risikofyllt enn for andre – for eksempel ved medfødt hjertefeil eller tidligere hjerneslag.

Induksjon

Fra og med uke 13+0 utføres provosert abort med medikamenter. Dette gjøres som inneliggende pasient på gyn avdeling. Eller fullgåtte 12 uker (CRL <66mm) må pasienten møte i nemd for å gjennomføre abort.

Kontroll etter abort:

Alle kvinner rådes til å ta en graviditetstest etter 4 uker. Om den er positiv skal de ta kontakt med sykehuset. Dersom de anamnestisk har hatt en abort og de har begynt på prevensjon (les: ikke kan ha blitt gravide igjen) bestiller man da serum hcg. Om den er under 100 kan pasienten beroliges med normale funn. Hun bør da ta ny urinprøve om 2 uker igjen for å forsikre seg om at den blir negativ. Om høyere bør man ta ny s-hcg etter 48 timer for å se om konsentrasjonen faller eller stiger. Dersom den faller er det normalt, stiger den må hun til kontroll.

Prevensjon:

Alle skal tilbys prevensjon. Om pasienten ikke ønsker det må du spørre hvorfor og avtale at pasienten må oppsøke sin fastlege eller andre som kan skrive ut dette. Man må understreke viktigheten nå som de har blitt uønsket gravide. Dokumenter alltid at man har diskutert prev.

Helsemyndighetene ønsker at flere og flere bruker LARC (Long acting reversible contraceptives). I LARC gruppen har vi: hormonspiral (Mirena, Jaydess, Kyleena), kobberspiral, p-stay (Nexplanon), p-sprøyte (Depo-Provera, men obs denne må settes hver tredje måned). Av tradisjonelle p-piller har vi: Microgynon og Loette som førstevalg (Microgynon er billigst, men har ikke "narrepiller"), Yasmin og Yasminelle er også noen av de mest populære. Diane inneholder høye doser østrogen og binder godt androgener, derfor

hjelper Diane mot acne, men den har betydelig økt risiko for DVT og hjerneslag og bør derfor unngås. P-ring har også nokså høy risiko for DVT.

Kvinner som har riskofaktorer for DVT eller hjerneslag (Alder >35år, røyking, familiehistorie) kan bruke progesteron preparater (hormonspiral, Cerazette).

Hos alle pasienter som får forskrevet kombinasjons p-piller skal man ta blodtrykk og spørre om egen sykehistorie og familieanamnese mtp DVT.

Unge kvinner får støtte til prevensjon, kort oppsummert betyr det 111 kr reduksjon i pris for 3mnd for kvinner 16-19 år. Kvinner (20-24 år) bosatt eller folkeregistert i Bjerke eller St.

Hanshaugen bydel får gratis prevensjon. Les om dette under.

<https://helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/bidragsordning-for-prevensjonsmidler>

<http://sexogsamfunn.no/2017/gratis-prevensjon-bjerke-st-hanshaugen/>

Unormale/Uklare ultralydfunn

Abnormale ultralydfunn må alltid ses i sammenheng med dato for siste menstruasjon (LMP), eventuell uregelmessig vaginal blødning og andre symptomer – spesielt magesmerter.

Serum-hCG kan påvises så tidlig som 6-8 dager etter befruktning. Urinbaserte graviditetstester kan plukke opp hCG så lavt som mellom 20-50 mIU/ml. Serumbaserte graviditetstester kan plukke opp hCG ned til 1-2 mIU/ml. S-hCG <5,1 mIU/ml = negativ.

Tidlig intrauterin graviditet

- Gestasjonsalder regnes ut fra første dag ved siste menstruasjon.
- Vanligvis oppstår eggøsning dag 14 i menstruasjonssyklusen, men ved uregelmessig syklus er det den første fasen i syklusen som varierer. Det fertile vindu er fra 6 dager før eggøsning til en dag etter eggøsning
- Befruktning oppstår etter eggøsning, altså ved gestasjonsalder 2 uker
- Ultralydfunn:
 - GA uke 3-4 vil endometriet bli tykkere og tykkere
 - GA uke 4-5 vil man kunne se en intrauterin oppklaring
 - GA uke 5-6 vil man kunne se en intrauterin plommesekk
 - Etter GA uke 6 vil man kunne se fosteranlegg
 - En gestasjonssekk med diameter på 18mm tilsvarer uke 6+1
 - Tidlig ultralyd kan anslå svangerskapslengde med en uke pluss minus, særlig pga uregelmessig eggøsning.
- Ved et normalt tidlig intrauterint svangerskap forventer man at s-hCG-nivået fordobles på 48-72 timer
- Dersom du ikke ser fosteranlegg og/eller plommesekk ved ultralyd, måler du tykkelse på endometriet og evt liten plommesekk og setter opp til hcg dubletter (dag 1 og 3) med ny ultralyd om 1 uke. I begynnelsen er det lurt å konferere. Det kan være lurt å diktere inn navnet på hvem du har konferert med. Gyn. forvakt (sitter på rom 4 i FGM) er alltid tilgjengelig for spørsmål. Husk at det kan være vanskelig å diagnostisere en exu, men det viktigste er å følge dem opp slik at de ikke glipper

Spontan abort (ICD 10: O03 Abortus spontaneus, completus/incompletus, O02.0 Anembryonalt svangerskap, abortus inhibitus (Blighted Ovum) O02.1 Abortus retentus, retensjon av dødt foster, abortus inhibitus (Missed Abortion))

- Definisjon: Svangerskap som går spontant til grunne før fullgåtte 22 uker (WHO-definisjon)
- Forekomst: Ca 50 % av alle påbegynte og 10-20 % av klinisk registrerte graviditeter. Ca. 80 % skjer i første trimester
- Etiologi: Som oftest ukjent, hyppigst føtal årsak
 - Føtale:
 - Genetisk defekt ca 50-70 % (kromosomale avvik, trisomi, Turner syndrom og triploidi)
 - Utviklingsanomalier
 - Placentasykdom
 - Maternelle:
 - Hormonelle (corpus luteumsvikt)
 - Anatomiske (uterine malformasjoner, cervixinsuffisiens)
 - Generell infeksjon (rubella, cytomegalovirus, varicella, toksoplasma, parvovirus B19)
 - Genital infeksjon: bakteriell vaginose, chlamydia, gruppe-B streptokokker

Det finnes flere typer spontanabort:

- Dersom du ikke ser fosteranlegg og/eller plommesekk ved ultralyd kalles det blighted ovum. Fostersekken må måle over 25mm før man kan si at det er en blighted ovum
- Dersom du ser et tilstrekkelig stort fosteranlegg (CRL >6mm) uten hjerteraksjon, og kvinnen ikke har vaginal blødning, foreligger en missed abortion. Ved mindre CRL men uten hjerteraksjon kan det foreligge normal graviditet, pasienter som er i tvil bør derfor kontrolleres etter 1 uke for å være sikker på om det er et vitalt foster eller ei slik at man ikke aborterer et vitalt foster ved barneønske
- Det dikteres journalnotat
- Sykemelding inntil 3 dager

Ekstrauterin/ektopisk graviditet (ICD10: O00.1)

Ekstrauterin (også kalt ektopisk) graviditet, ex.u., oppstår når blastocysten (fosteranlegget) fester seg et annet sted enn endometrieveggen. 98% sitter i egglederen. Dette kan ende med at den aborterer ut i bukhulen og fester seg et annet sted («tubar abort»), eller at tuben rumperer. Sistnevnte er forbundet med kraftig intra-abdominal blødning. Disse pasientene skal meldes til operasjon umiddelbart. Andre implantasjonssteder inkluderer ovarium, oment, cervix og ellers rundt i bukhulen. Diagnosen kan være vanskelig og kreve noe tid med oppfølging.

- Forekomst:
 - 1-2 % av alle graviditeter er ektopiske
 - Hyppighet avhenger av alder (økende risiko med økende alder)
- Risikofaktorer
 - Gjennomgått salpingitt/tidligere klamydiainfeksjon

- Tidligere infertilitet
- Tidligere ex. u. og tubekirurgi, eller medfødte tubeanomali
- Prevensjonssvikt ved kobberspiral eller sterilisering
- Røyking (dose-respons-forhold)
- Symptomer
 - Det er viktig å merke seg at mange ikke vil ha symptomer grunnet tilgjengeligheten på graviditetstester som blir positive svært tidlig i svangerskapet. Mange pasienter kommer derfor og søker om svangerskapsavbrudd tilsvarende tidlig, og mistanke/funn av ex.u. er tilfeldig
 - Klassisk er amenoré etterfulgt av vaginal blødning og magesmerter over den affiserte tuben
 - Blødning kommer av nedbrytning av endometriet etter at placentavevet slutter å produsere hormoner
 - Kan variere fra lite eller ingenting til kraftig menstruasjonsliknende blødning
 - Mer sjelden er skuldersmerter grunnet irritasjon av diafragma og n. Phrenicus
 - Dersom det er en rupturert ex. u. vil pasienten ofte beskrive smerter som blir verre ved bevegelse f. eks. å sitte i bil, hoppe, osv (peritoneal irritasjon).
- Klinisk undersøkelse
 - Før ruptur er det ofte veldig få symptomer og lite å finne ved klinisk undersøkelse. Noen vil ha smerter ved palpasjon over det adnexet som er affisert.
 - Dersom ruptur har forekommet kan pasienten bli sirkulatorisk ustabil – ikke glem blodtrykk og puls!
- Ultralyd
 - Ingen tegn til intrauterin graviditet, eventuelt fortykket endometrium
 - Man kan av og til se en pseudogestasjonssekk, en væskeansamling forårsaket av avstøtning av endometriet plassert i uterinhulens midtlinje (sammenliknet med en ekte gestasjonssekk som ligger i ytterkanten). Denne væskeansamlingen kan enten være ekkotom eller inneholde heterogent materiale. Mål alltid størrelsen
 - Graviditet plassert utenfor livmoren kan være vanskelig å oppdage – konferer med en overlege!
 - I noen tilfeller er det mulig å se "donut sign" eller en ekstrauterin oppfylning med plommesekk eller viabelt ekstrauterint fosteranlegg – derfor er det svært viktig å se nøye etter bilateralt og i fossa Douglasi.
 - Noter deg også om det er fri væske (blod) i fossa Douglasi, med eller uten koagler.
- S-hCG
 - Langsom hCG-stigning (fordobles normalt på to dager frem til 7. svangerskapsuke). NB! 1/3 vil ha normal hCG-utvikling
 - Ikke synlig intrauterin gestasjonssekk og s-hCG > 2000 IE/l taler for ektopisk graviditet
- Behandling
 - Pasienten legges inn, holdes fastende i påvente av operasjon. For de 98 % som sitter i tuben gjøres en unilateral salpingektomi eller salpingotomi

- Metothrexat til utvalgte kortkommende (avgjøres av hCG-nivå), konferer med overlege
- Hos noen pasienter velger man å gjøre en revisio med materiale til histologi for å utelukke en intrauterin graviditet i første omgang. Det er da viktig å være sikker på at graviditeten er uønsket
- Konferer med bakvakt. Pas. meldes til operasjon, til operasjonsansvarlig overlege og til vakthavende anestesilege. Pasienten settes på operasjonsprogrammet som ø-hjelp. Ta hCG og kirurgisk status, samt blodtyping
- Det dikteres et innkomstjournalnotat og pasienten refereres på vaktskiftet dersom pasienten skal opereres av nytt vaktteam

Mola/Trofoblastsykdom

- Trofoblastsykdom er en fellesbetegnelse av svulster som oppstår i forbindelse med graviditet og utgår fra morkakevev. Tilstanden er svært sjelden og rammer kun et fåtall norske kvinner i året
- Trofoblastsvulstene kan være både godartede og ondartede. Det finnes to typer godartede trofoblastsvulster: komplett mola og partiell mola. Komplet mola er diploid (dobbel opp av fars DNA, mangler DNA fra mor) og partiell mola er triploid (dobbel opp av fars DNA pluss mors DNA). Det forekommer ved at et egg fertiliseres av to sædceller eller ved at én sædcelles kromosomer fordobles rett etter fertilisering.
 - Ved komplett mola vil man karakteristisk se en intrauterin "drueklase"
 - Ved partiell mola vil man se et fosteranlegg og blærelignende cyster i placentasengen
- Mola kan være forbundet med svært høye hCG verdier (s-hCG > 100,000). Spesielt gjelder dette komplett mola, hvor ca. 45 % har s-hCG > 100 000. For partiell mola gjelder dette bare ca. 6 %. Partielle kan også generelt ha hCG nivåer over det man ville forvente med normal intrauterin graviditet av samme varighet, men det er stor normalvariasjon. På den annen side vil en hCG >100 000 være en sterk indikasjon for mola, selv om også normale svangerskap kan nå slike verdier på sitt høyeste (rundt uke 8-11)
- Symptomer: Underlivssmerter og blødning er viktige symptomer. Andre symptomer er ekstrem kvalme og smerter i brystkjertlene
- Behandling: Dersom du mistenker mola eller partiell mola på grunn av ultralydfunn, bør s-hCG tas og pasienten settes opp til revisio med graviditetsprodukter tilsendt histologi (CITO).
 - Konferer med overlege dersom du er usikker
 - Det dikteres journalnotat

Ovariale cyster

Etter ultralyd av livmoren for kartlegging av graviditet gjøres et forsøk på å undersøke ovariene. Det hender da at man gjør mer eller mindre tilfeldige funn.

Dersom det ses en cyste ved ultralyd vurderes om den er enkel og ekkotom (såkalt simpel cyste), dvs. ingen septum/ vegger eller innhold (enkelt sagt rund og helt svart). Hvis cysten ikke er av en slik enkel type, konferer med overlege.

Simple cyster:

- Cyster < 4 cm trenger ingen oppfølging (verken av spesialist eller allmennpraktiker) fordi det er en follikkelcyste som er helt normalt hos fertile kvinner. Informer pasienten om at dette er helt normalt, ikke noe farlig og noe som kan komme og gå
- Cyster 4-8 cm uten symptomer settes opp til ultralydkontroll om senest 3 måneder. Cyster som mest sannsynlig vil måtte opereres etter hvert bør settes opp ved gyn pol evt hos egen gynekolog
- Cyster 4-8 cm med symptomer (magesmerter) konfereres med overlege og vurderes for operasjon (Laparoskopi med reseksjon).
- Cyster >8cm med eller uten symptomer konfereres med overlege og skal opereres (laparoskopi med reseksjon)

Andre cyster:

- Dersom cysten er kompleks kan det være en kollapset eller blødende corpus luteum, dermoid cyste, endometriom eller malignitet
 - Konferer med overlege. Settes opp til kontroll på poliklinikken.
 - Serummarkører HE-4 og CEA-125 er upålitelige under graviditet. Tas ofte ca. 14 dager etter svangerskapsavbrudd med kontroll på poliklinikken.

Smitte:

- MRSA
 - Hvis pasienten har risikofaktorer for MRSA (se pasientskjema) skal prøver tas før konsultasjon. Dersom svar ikke foreligger eller det av andre grunner ikke er sikkert at pasienten er MRSA-negativ, skal du ikle deg munnbind, hansker og gul frakk. Bruk gjerne engangsspekel. Sykepleier skal komme og desinfisere omgivelsene etter konsultasjonen
 - Det hender pasienter kommer og har vært i en situasjon med risiko for MRSA-smitte uten at det har blitt oppdaget på forhånd. Kontakt sykepleier umiddelbart for å avklare situasjonen. Evt. må det tas MRSA-prøver, og du må kle deg etter retningslinjene for smitte (som nevnt over)
 - MRSA-prøver tas fra nesen, oropharynx og perineum. Dette er i utgangspunktet sykepleiers oppgave, men det kan være praktisk å i hvert fall ta perineum-prøven når pasienten først sitter i undersøkelsesstolen. Prøvene transporteres i Stuarts medium. Dersom pasienten skal til kirurgisk abort innen få dager, må det tas hurtigst slik at prøvesvar foreligger i tide.
 - Dersom positiv MRSA foreligger, kontakt sykepleier før konsultasjonen. Den skal da foretas på smitterom. Du skal kle deg som anført ovenfor. Pasienten ikles munnbind og hansker.
- HIV og hepatitt
 - Det tas ikke prøver rutinemessig. Det bør være lav terskel for testing hos pasienter i risikogrupper, man kan evt henvise videre til Sex og Samfunn. Pasienten undersøkes på vanlig måte. Utstyret vaskes med annet utstyr.

Viktige nettsider:

<http://www.sexogsamfunn.no/>

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/>