

Graviditet med oklar lokalisation, Extrauterin graviditet och Metotrexat vid ektopisk graviditet

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)
[Graviditet av oklar lokalisation \(PUL\)](#)
[Extrauterin graviditet \(X\)](#)
[Behandling av extrauterin graviditet](#)
[Metotrexatbehandling av ektopisk graviditet](#)

[Handläggning av graviditet med oklar lokalisation \(PUL\) – flödesschema](#)
[Referenser](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Syfte

Vårdriktlinjen syftar till god och säker vård av patienter med graviditet med oklar lokalisation (PUL) och extrauterin graviditet (X) inklusive eventuell behandling med metotrexat.

Graviditet av oklar lokalisation (PUL)

- Positivt graviditetstest men ingen synlig intrauterin graviditet med vaginalt ultraljud kallas graviditet av oklar lokalisation PUL (Pregnancy of unknown location).
- I de flesta fall rör det sig om [missfall](#) eller så utvecklas en normal graviditet, men i vissa fall visar det sig vara en extrauterin graviditet. Mycket höga P-hCG-nivåer (ofta >100 000) kan ses vid mola, ofta då även "snöstormsmönster" på ultraljud. Se vårdriktlinje [Mola](#).
- Vid oklar graviditet är det ofta en stressande situation för patienten och viktigt med noggrann information: hur och när provsvar ska lämnas och vilka symptom som ska föranleda akutbesök oavsett tid på dygnet.
Patientinformation [Graviditet med oklar lokalisation](#)
Patientinformation på engelska från ISUOG [Pregnancy of unknown location or PUL](#)
- Ange med fördel på patientinformation planerade provtagningar och kontakter.

Handläggning

Om inga eller lindriga symtom och ingen hemoperitoneum föreligger kan patienten följas polikliniskt med exspektans och upprepade P-hCG.

Två P-hCG tages med 48 h mellanrum.

- Prov 1 tas oftast vid akutbesöket med akutsvar.
- Prov nr 2 tas efter 48 timmar med svar samma dag: Helgdagar provtagning på KK. Vardagar viktigt att patienten bokar tid för prov på morgonen på vårdcentral så det kan skickas till Kem.lab samma dag, alternativt på C-lab Provtagning Hallands sjukhus.

Läkarbedömning av provsvar efter att det andra P-hCG svarats ut:

Svaret bedöms och handläggs om möjligt av den läkare som träffat patienten, annars av dagbakjour (Halmstad) eller bokad teltid till läkare samma eftermiddag (Varberg).

Om P-hCG ökat med >63% är sannolikheten hög för normal intrauterin graviditet - ultraljud bokas in efter en vecka.

Om P-hCG minskar >50% är sannolikheten hög för missfall. Patienten kontrollerar ett högkänsligt grav-test efter tre veckor och hör av sig om fortsatt positivt test.

Om P-hCG ökar eller minskar mindre än angivet ovan, bör patienten undersökas på nytt med vaginalt ultraljud av läkare inom 24 h.

Nytt läkarbesök inom 24 tim vid fortsatt PUL

1. Vaginalt ultraljud, se nedan
 2. Nytt P-hCG och Hb med akutsvar
 3. Blodgruppering om detta inte finns redan
- Om <1500 IU/L och minskat >15% från föregående P-hCG upprepas provtagning varje vecka tills <5 IU/L. Klinisk kontroll vid symptom.
 - Om >1500IU/L eller inte minskat med 15% ska P-hCG tas om efter 48 h igen.

Vid persisterande PUL efter en vecka utan en tydlig sjunkande trend av P-hCG övervägs aktiv handläggning av misstänkt extrauterin graviditet (diagnostisk laparaskopi alt. methotrexate).

Se [Handläggning av graviditet med oklar lokalisation \(PUL\) – flödesschema](#)

Extrauterin graviditet (X)

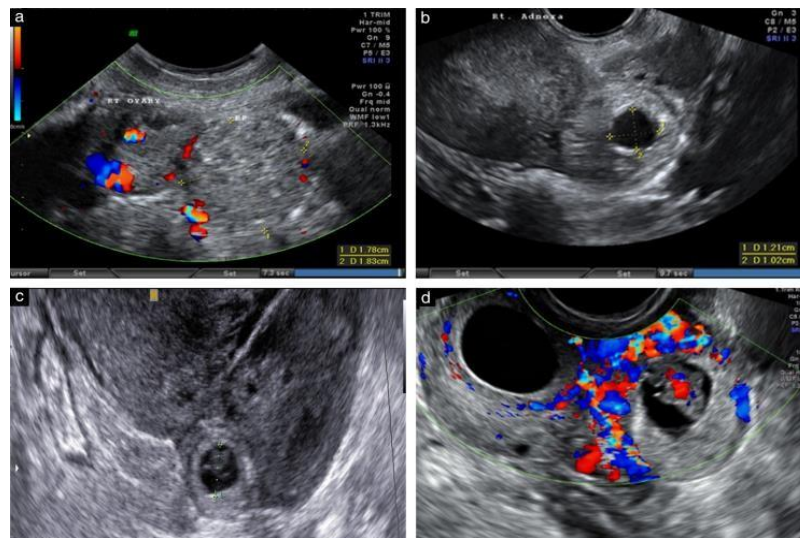
Ektopisk graviditet är ett allvarligt tillstånd som förekommer i ca 2% av alla graviditeter. Riskfaktorer är bl.a tidigare tubarkirurgi, infertilitet, tidigare extrauterin graviditet, rökning, anamnes på salpingit, pelvic inflammatory disease (PID).

Extrauterin graviditet bör misstänkas hos alla patienter med låg buksmärta och/eller blödning där gravtest är positivt men intrauterin graviditet inte bekräftats. [Blödning i tidig graviditet](#)

Vaginalt ultraljud

Den definitiva diagnosen kan sättas när vaginalt ultraljud påvisar hinnsäck med gulesäck och/eller embryo ses extrauterint. De flesta extrauterina graviditeter diagnosticeras dock med en kombination av ultraljundsundersökningar och upprepade P-hCG.

“Blob sign” och “bagel sign” är ofta säkra ultraljundsfynd vid extrauterin graviditet. Majoriteten av de extrauterina graviditeterna är på samma sida som corpus luteum.



Behandling av extrauterin graviditet

Behandling av extrauterin graviditet består i exspektans, kirurgi eller metotrexat.

Kuratorskontakt erbjuds.

Indikationer för exspektans:

- Asymtomatisk patient
- Hemodynamiskt stabil
- Ingen fri vätska eller hemoperitoneum
- Adnexresistens <30 mm.
- Följs till P-hCG <5 IU/L. Vid platåvärden eller stigande värden krävs aktiv behandling.

Indikationer för kirurgi:

- Intraabdominell blödning
- Påverkat AT
- Kraftig smärtpåverkan eller tilltagande smärta
- Viabelt X
- Stigande P-hCG

Salpingektomi är förstahandsmetod, salpingotomi efter individuell bedömning

- Rh-profylax ska ges till alla Rh-neg patienter som blivit föremål för operation

Uppföljning efter kirurgi:

- Gravtest tages efter tre veckor.
- Om komplicerad operation där eventuella graviditetsrester kan finnas kvar extrauterint, följes P-hcg varje vecka tills <5 IU/L.

Metotrexatbehandling av ektopisk graviditet

- Metotrexat är en cytotoxisk folsyreantagonist som hämmar snabbt delande celler i tillväxande foster och placenta.
- Patienten behöver vara införstådd med att behandlingen innebär en uppföljningstid på 3-6 veckor och att avvakta med ny graviditet i 3 månader efter behandling.

Indikationer och kriterier för metotrexatbehandling:

- Ingen intraabdominell blödning.
- Beskedliga symtom.
- P-hCG <1500 IU/L (kan övervägas om P-hCG 1500 - 5000 IU/L).
- Orupturerad icke viabel extrauterin graviditet <35 mm med avsaknad av hjärtaktivitet hos ev. foster.
- Misslyckad exspektans av misstänkt tubargraviditet eller vid persisterande PUL.
- Otillräcklig minskning av P-hCG efter salpingektomi.
- Då lokaliseringen på den extrauterina graviditeten gör den svår och riskfylld att behandla kirurgiskt, tex interstitiellt, cervikalt eller tidigare sectioärr.

Kontraindikationer för metotrexatbehandling:

- Intraabdominell blödning
- Hemodynamisk instabilitet.
- P-hCG >5000.

- Nedsatt leverfunktion, njursvikt, hematologisk sjukdom, alkoholmissbruk, svår infektion, ulcus ventriculi
- Överkänslighet mot metotrexat.
- Samtidig levande intrauterin graviditet.
- Amning

Dosering metotrexat:

- Inj Metotrexat 25 mg/ml doseras 1 mg /kg med maxdos 100 mg och administreras intramuskulärt.
- Metotrexat är en folsyraantagonist och doser över 100 mg kräver alltid tillförsel av folsyra i dosen 10 mg/m² intravenöst eller peroralt.

Förfarande metotrexatbehandling:

- Blodgruppering, Hb, LPK, TPK, neutrofila, krea, ASAT ska tas med svar på alla prover innan behandling påbörjas.
- Patienten får injektionen på onkologiska mottagningen vardagar dagtid - informera sjuksköterska på onkologiska mottagningen.
- Ordinera inj Metotrexat på cytostatikakort.
- Onkologsköterska beställer metotrexat dagen innan behandlingsdag.
- Ordinera i läkemedelslista dagvård antiemetika tabl. Ondansetron 8 mg, 1 tabl till kvällen samt 1 tabl till nästa morgon.

Information till patienten inför metotrexat

- Undvik under behandling och en vecka efteråt vitaminer med folsyra, NSAID (risk för benmärgsdepression tillsammans med Methotrexat), starkt solljus, höga doser av paracetamol och alkohol.
- Upplys om biverkningar: konjunktivit och stomatit är vanligast. Se FASS!
- Undvik samlag tills P-hCG normaliserats, med tanke på risk att orsaka blödning i lättblödande extrauterin graviditet
- Patienten ska söka vid kraftig buksmärt - mild buksmärt är vanlig 2-7 dagar efter behandlingen och kan bero på tubarabort eller tubardistension p.g.a. hematom.

Patienten ska undvika bli gravid på grund av risk för allvarliga fosterskador

- Antikonception ska användas under behandlingen och minst 3 månader efter avslutad behandling
- Till dem som planerar senare graviditet rekommenderas tablett Folacin efter att P-hCG < 5.
- Metotrexatbehandlingen i sig påverkar inte patientens möjlighet till graviditet i framtiden.

Uppföljning metotrexatbehandling:

- P-hcg med två dagars intervall initialt, glesare kontroller när sjunker
- Hb, LPK, TPK, neutrofila, krea, ASAT kontrolleras efter en vecka, om invändningsfria ingen ytterligare kontroll.
- Om P-hCG minskat >15 % efter en vecka fortsatta kontroller var till varannan vecka till < 5.

- Om P-hCG inte minskat minst 15 % efter en vecka ta ställning till fortsatt behandling. Ytterligare en dos Metotrexat 1 mg/kg intramuskulärt kan ges alternativt kirurgi.
- Det är vanligt att P-hCG stiger mellan dag 1 och 4, för att sedan sjunka.
- Övergående buksmärta kan ofta ses första dagarna efter behandling, vilket ofta tolkas som mindre blödning som retar peritoneum och kan handläggas med exspektans, smärtlindring - dock viktigt vara frikostig med undersökning, vaginalt ultraljud och Hb.

Bilaga

[Handläggning av graviditet med oklar lokalisation \(PUL\) – flödesschema](#)

Referenser

[\[Early diagnosis of ectopic pregnancy\] - PubMed](#)

[Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management - PubMed](#)

[Morphological ultrasound types known as 'blob' and 'bagel' signs should be reclassified from suggesting probable to indicating definite tubal ectopic pregnancy - Nadim - 2018 - Ultrasound in](#)

[Obstetrics & Gynecology - Wiley Online Library](#)

[Morphological ultrasound types known as 'blob' and 'bagel' signs should be reclassified from suggesting probable to indicating definite tubal ectopic pregnancy - Nadim - 2018 - Ultrasound in Obstetrics & Gynecology - Wiley Online Library](#)

[Extrauterin graviditet](#)

Lancet.2014 April 26: Mol et al: Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study)

Graviditet med oklar lokalisation (PUL)/ Extrauterin graviditet (EG) – diagnostik och behandling- Lisa Rembeck och Joanna Pong- PM NU-sjukvården

Uppdaterat från föregående version

Ny vårdriktlinje, ersätter även Extrauterin graviditet.

Handläggning av graviditet med oklar lokalisation (PUL) – flödesschema

(Lånat från SU, PM Handläggning av PUL)

