

2. Kirurgisk Abort i 1. trimester

Gynækologiske guidelines.

Tovtrækker: Richard Farlie

Referenter: Gitte Eriksen, Gitte Glavind

Indledning

Provokerede abort i 1. trimester er en af de hyppigste indgreb i gynækologien. Indtil udbredelsen af medicinsk aborter blev alle 1. trimester aborter udført kirurgisk, oftest med vakuum aspiration.

Resume af viden

- Kirurgisk abort er komplet i 98-99% af tilfælde (III)
- Komplikationer optræder i ca. 5% af indgreb. Hyppigst som infektion (1-2%), blødning (0,5%), perforation (ca. 0,2%) eller retention (1-2%). Alvorlige komplikationer er sjældne. (III)
- Risikoen for komplikationer stiger ved uterine malformationer og tidligere kirurgi på cervix (conisatio, evacuatio) eller nedre segment (sectio). (III)
- Perforation af uterus sker ca. 10 gange hyppigere end rapporterede og er oftest asymptomatisk. (III)
- Indgrebet kan udføres i general anæstesi eller lokal anæstesi. (III)
- Forbehandling med prostaglandin nedsætter risikoen for cervikale læsioner og perforation og reducerer blodtabet. (III)
- Antibiotika profylakse er ikke indiceret, hvis der udføres præoperativ screening for og behandling af Chlamydia trachomatis. (Ib)
- Oxytocin reducerer det per-operative blodtab signifikant, men er uden klinisk betydning. (Ib)
- Anti-D skal gives alle til Rh-neg kvinder efter kir. ab. (III)
- Spiral oplægning kan udføres i tilslutning til kir. ab. (Ia)
- Kirurgisk abort er mindre velegnet ved gestationsalder < 7 + 0 (III)
- Manuel vakuumaspiration er et muligt alternativ ved tidlig kir. abort. (Ib)
- Der er ikke øget risiko for spontan abort, ektopisk graviditet eller infertilitet efter kirurgisk abort men muligvis for præmatur fødsel. (III)

Kliniske rekommandationer

- ⇒ Inden indgrebet skal pt. informeres om risici mv. og mulighed for støttesamtale. De relevante anmodninger skal underskrives.
- ⇒ Der skal undersøges for Chlamydia trachomatis og hvis testen er positiv skal relevant behandling startes senest i forbindelse med indgrebet. (A)
- ⇒ Blodtype skal forligge i forbindelse med indgrebet. (D)
- ⇒ Gestationsalder skal sikres ved eksploration og der skal være mulighed for ultralydsundersøgelse ved usikkerhed. (C)
- ⇒ Vakuump aspiration bør udføres UI-vejledt ved uterin malformationer pga større risiko for perforation og ufuldstændig tømning. (C)
- ⇒ Forbehandling med misoprostol 0,4mg vaginalt 3 timer inden indgrebet. (se appendix - Misoprostol) (C)
- ⇒ Vakuumaspiration er mindre succesfuld/egnet ved abort før gestationsalder på 7 uger (7+0). Medicinsk abort anbefales i disse tilfælde. Manuel vakuump aspiration er et muligt alternativ, men er ikke udbredt i Danmark. (C)
- ⇒ Der er tradition for generel anæstesi i Danmark, men indgrebet kan udføres i paracervikal blokade. (C)
- ⇒ Ved mistanke om perforation inden kaviteten er tømt kan indgrebet færdiggøres UL - vejledt. Ved mistanke om perforation observeres patienten og skal kun laparoskoperes/laparotomeres ved symptomer. (C)
- ⇒ Oxytocin gives på indikation. (C)
- ⇒ Anti-D IgG bør gives alle Rh-negative kvinder postoperativt uanset gestationsalder (Se guidelines vedr. anti-D profylakse) (C)
- ⇒ Der er ikke indikation for rutinemæssig histologisk undersøgelse af evacuatet hvis der er udført præoperativ UI-scanning. (C)
- ⇒ Oplæggelse af spiral i tilslutning til vakuumaspiration er sikker og effektiv. (A)
- ⇒ Laparoskopisk sterilisation kan udføres samtidig med kirurgisk abort. (C)

Information til kvinden

- Alle patienter der ønsker et provokerede abort har ret til en støttesamtale.
- Ved en kirurgisk abort suges graviditetsvævet ud fra livmorhulen gennem livmorhalsen.
- I Danmark udføres indgrebet næsten altid i fuld narkose.
- Kirurgisk abort har en komplikationsrisiko på ca. 5%. Alvorlige komplikationer er meget sjældne. Større blødning er sjældnen (1/200)

- Gennemboring af livmoderen er sjældent (1-2/1000) og i de fleste tilfælde uden symptomer eller følgevirkninger.
- Ufuldstændig abort som kræver et nyt indgreb sker ca. 1-2/100 gange.
- Underlivsbetændelse sker i 1-2/100 tilfælde og forbygges ved at der tages prøver fra livmoderhalsen inden indgrebet og behandles hvis prøven er positiv .
- Der er ikke øget risiko for senere spontan abort, graviditet uden for livmoderen eller barnløshed. Der er måske en lidt øget risiko for for tidlig fødsel i senere graviditeter.

Litteratur gennemgang

Oprindeligt blev kirurgisk abort udført ved dilatation og curettage (D & C). Vakuump aspiration blev først udbredt i Kina og Østeuropa, men blev udbredt i vesten efter ændringerne i abortlovgivningen i løbet af 1970'erne^{1,8}. Vakuump aspiration er hurtigere og giver færre komplikationer end D & C^{1,8}. (III)

Anæstesi Der er tradition for generel anæstesi i Danmark men indgrebet kan udføres sikkert i paracervikal blokade^{2,8,10,13,19}. (III)

Tidlig abort <7 uger Vakuump aspiration er ikke velegnet til tidlige aborter pga. øget risiko for perforation og manglende tømning af kaviteten⁷. (III)

Manuel vakuumpaspiration er et muligt alternativ til vanlig vakuump aspiration ved tidlig abort^{24,28}. (1b)

Fremtidig fertilitet & obstetrisk risiko Der er ingen øget risiko for spontan abort, infertilitet eller ektopisk graviditet efter 1. trimester abort^{11,18}. Der er i nogle undersøgelser vist øget tendens til præterm fødsel, især ved gentagne aborter^{22,29}. (III)

Komplikationer

Kirurgisk abort ved vakuump aspiration er et meget sikkert indgreb med få og oftest mindre komplikationer hos ca. 5%^{1,2,4,7,8,9,13,19,32}. (III)

Flere udenlandske undersøgelser har vist at komplikationsfrekvensen falder med stigende operatør erfaring^{7,26} men den trend kunne ikke genfindes i en dansk undersøgelse³⁰. (III)

Blødning Større blødninger er sjældne ved kirurgisk abort i 1. trimester (0,5%). Oxytocin nedsætter blødning i forbindelse med indgrebet signifikant¹⁷ men blødning er sjælden klinisk betydningsfuld. (1b). Der forligger ikke evidens for effekten af methergin.

Perforation Undersøgelser hvor laparoskopisk sterilisation er fortaget i tilslutning til kirurgisk abort viser, at perforation er hyppigere forekommende end forventet¹². I de fleste tilfælde er det betydningsløst og kræver blot observation^{12,16}. Perforation af uterus sker i ca. halvdelen af tilfælde ved dilatation af cervix. Risikoen for perforation øges ved tidligere cervikal kirurgi²¹ og uterine malformationer^{7,15,16,21}.og reduceres ved forbehandling med prostaglandin²¹. (III)

Cervikal læsion Måling af tryk i cervix viser, at der opstår læsioner i cervixsubstansen ved dilatation over 9 mm¹⁵. Det er uvist, om det har betydning på længere sigt. (III).

Forbehandling med prostaglandiner nedsætter risikoen for cervikal læsioner, blødning og perforation^{20,25}. (III).

Infektion er en af de hyppigste komplikationer til kirurgisk abort i 1. trimester. I Danmark er Chlamydia trachomatis den vigtigste ætiologiske faktor og præoperativ screening og behandling reducerer risikoen for postoperativ infektion signifikant. Der findes ikke grundlag for generel antibiotika profylakse^{6,10,13}. (1b).

Inkomplet tømning Fortsat graviditet forekommer hos omkring 0,2% og inkomplet tømning af kaviteten hos 1,6%^{2,4,7,9,13,32}. (III).

Teknik Der er ikke evidens for et bestemt teknik. I de fleste undersøgelser dilateres til en Hegar størrelse sv. til eller ½ -1 over gestationslængden i uger og der suges med et sug sv. til gestationsalderen^{1,4,8}. Der er ikke konsensus om værdien af curettage efter vakuum aspiration. Nogle angiver at det hindrer retention og dermed nedsætter risikoen for reevacuatio⁴, andre angiver at det øger risiko for perforation¹⁶(III).

Histologisk Undersøgelse Der er ikke indikation for histologisk undersøgelse af evacuatet, hvis der er udført præoperativ UI-scanning medmindre der f.eks. er uoverensstemmelse mellem vævsmængden og gestationsalderen²². (III).

IUD Det er sikkert og effektivt at oplægge IUD i forbindelse med 1. trimester kirurgisk abort. Der er ikke øget risiko for infektion eller udstødning^{27,31}. (1a).

Sterilisation Sterilisation kan udføres sammen med kirurgisk abort uden væsentlig øget risiko for komplikationer^{3,5}. (III).

Reference	No.	Anæstesi	Indlagt	Komplikationer	Perforation	Infektion	Retention	Blødning	Ongoing pregnancy
1967 Kerslake	70	GA	15/70			4/70 2,8%			
1972 Nathanson	26000	LA	0,177% akut 0,523% senere	2,2%	0,14%	1,5%	0,35%	0,21%	
1978 Burnhill	7272	LA	0,12% akut 0,44% senere	4,0%	0,11%	1,13%	0,68%	0,53%	0,15%
1985 Kaunitz	33090								0,23%
1987 Heisterberg	5851	GA	6,1%	6,1%	0,4%	3,2%	2,9%	4,2%	0,13%
1989 Kaali	6408	GA 89% LA 11%			0,13%				
1990 Hakim-Elahi	170000	GA 30% LA 70%	0,071%	0,905%	0,009%	0,021%	0,028%	0,007%	
1995 Lindell	84850	GA + PC			0,17%				
1998 Thonneau	858	LA		3,4% (1.7% akut)			1,6%		
2001 Child	828	GA	1,69%		0,12%	0,97%	5,4%		0,24%
2002 Zhou	56117	GA	1,8%	4,9%	0,23%	1,2%	1,54%	0,44%	

Tabel 1: Komplikationer til kirurgisk abort.

Referencer til Kir. abort

1967

1) Kerslake D, Casey D. Abortion induced by means of the uterine aspirator. *Obstetrics and gynecology* 1967; 30(1):35-45

1972

2) Nathanson BN. Ambulatory abortion: experience with 26.000 cases. *NEJM* 1972;24:403-15

1975

3) Fishburne JI, Edelman DA, Hulka JF, Mercer JP. Outpatient laparoscopic sterilization with therapeutic abortion versus abortion alone. *Obstet gynecol* 1975;45:665-8

1978

4) Burnhill MS, Armstead JW, Reducing the morbidity of vacuum aspiration abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1978; 16: 204-9

5) Weil A. Laparoscopic sterilization with therapeutic abortion versus sterilization or abortion alone. *Obstet Gynecol* 1978;52:79-82.

1982

6) Møller BR, Ahrons S, Laurin J, Mårdh P-A. Pelvic infection after elective abortion associated with *Chlamydia trachomatis*. *Obstet gynecol* 1982; 59: 210-3.

1985

7) Kaunitz A, Rovira E, Grimes D. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 533-7

1986

8) Stubbelfield PG. Surgical techniques of uterine evacuation in first and second trimester abortion. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology* 1986;13(1):53-70

1987

9) Heisterberg L, Kringelbach M. Early complications after induced first trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:201-4.

1988

10) Skjeldestad FE, Tuveng J, Solberg AG, Molne K, Dalen A, Buhaug H. Induced abortion: *Chlamydia trachomatis* and postabortal complications. A cost benefit analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 525-9

11) Parazzini F, Chatenoud L, Tozzi L, Di Cintio E, Benzi G, Fedele L. Induced abortion in the first trimester of pregnancy and the risk of miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 418-21

1989

12) Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 406-8

1990

13) Hakim-Elahi E, Tovell H, Burnhill M. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 129-35

1992

14) Sorensen J, Thranov I, Hoff G, et al. A double-blind randomized study of the effect of erythromycin in preventing pelvic inflammatory disease after first trimester abortion. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99: 434-8

1993

15) Molin A. Risk of damage to the cervix by dilatation for first trimester induced abortion by suction aspiration. *Gynecol Obstet Invest* 1993;35:152-154

1995

16) Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet gynecol Scand* 1995; 74:373-5

1996

17) Ali PB, Smith G. The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anaesthesia* 1996;51:483-5

1987

18) Atrash HK, Strauss LT, Kendrick JS, Skjeldestad FE, Young WA. The relation between induced abortion and ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;89:512-18

1998

19) Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalnde M, Soulat C. Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1998; 81: 59-63

1999

20) Maclsaac L, Grossman D, Balistreri E, Darney P. A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 766-70

21) Pridmore BR, Chambers DG. Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1999;39:149-53

22) Zhou W, Toft Sørensen H, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 948-53

2000

23) Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *Br J Obstet Gynecol* 2000;107:727-30

24) Maclsaac L, Darney P. Early surgical abortion: An alternative to and backup for medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(2):76-83

25) Singh K, Fong YF. Preparation of the cervix for surgical termination of pregnancy in the first trimester. *Human Reproduction Update* 2000; 6: 442-8

2001

- 26) Child TJ, Thomas J, Rees M, Mackenzie. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. *Human Reproduction* 2001;16:875-8
- 27) Grimes D, Shultz K, Stanwood N. Immediate post-abortal insertion of intrauterine devices (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2001. Oxford: Update Software.
- 28) Hemlin J, Möller B. Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 563-567
- 29) Henriët L, Kaminski M. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 french national perinatal survey: *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108: 1036-42
- 30) Johansen JK, Schmidt KL. Operatørerfaring i relation til komplikationsfrekvens – samt registreringsvaliditet ved legal abort. *Ugeskr Laeger* 2001; 163: 1569-72
- 31) Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:1168-73

2002

- 32) Zhou W, Nielsen GL, Møller M, Olsen J. Short term complications after surgically induced abortions: a register based study of 56117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 331-6