

# Abortus provocatus. Kirurgisk abort med gestationsalder mindre end 12 uger + 0 dage.

## Formål

At sikre korrekt og ensartet behandling, af kvinder der skal have foretaget kirurgisk abort før 12 uger + 0 dage

## Patient- og/eller personalemålgruppe

- Gravide kvinder
- Læger og sygeplejersker i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling

## Fremgangsmåde

**Formalia:** ”Anmodning om svangerskabsafbrydelse” (blanket A evt. B) skal være underskrevet forud for indgrebet.

Enhver kvinde over 18 år kan frit anmode om abort senest uge 11+6. Pligten om bopæl i Danmark er ophævet pr.10.06. 2003. Kvinden skal være myndig. Ved kvinder yngre end 18 år eller umyndiggjorte, skal der endvidere foreligge samtykke fra dennes forældre/værge (blanket B). I særlige tilfælde kan tilladelse til abort gives uden forældres/værges viden, såfremt der rettes henvendelse til Samrådet. Se også vejledningen [samråd \(abort, fosterreduktion og sterilisation\)](#)

## Gestationsalder og visitation

Kirurgisk abort er mindre velegnet før uge 7+0 (49 dage CRL <9mm), pga. øget risiko for perforation og manglende tømning af kaviteten. I stedet anbefales [medicinsk abort](#). Patienten visiteres til gynækologisk ambulatorium (Medicinsk Abort (MA): fredage)

Kvinder med forventet gestationsalder <9 uger (8+6), skal informeres mundtligt og skriftligt om muligheden for medicinsk abort. Visiteres til gynækologisk ambulatorium MA

Ved graviditet 12 uger + 0 dage: gestationsalder fastlægges ved ultralydsscanning superviseret ved speciallæge. Tilladelse til abort gives kun på særlig indikation og efter samrådsbeslutning.

## Kirurgisk abort 9+0 til 11+6

### Henvisning.

Den praktiserende læge er den henvisende instans, og det er ham/hende, der foretager vejledning og undersøgelse af patienten. Der udfyldes **Anmodningsblanket** og en **henvisning**, hvoraf det skal fremgå at:

- Henvisningen drejer sig om **kirurgisk** provokeret abort
- Sidste menstruations 1. dag og et skøn over aktuelle graviditetslængde
- Oplysninger om evt. sygdomme og medicin
- Oplysning om patienten har født tidligere
- Chlamydiapodning er foretaget

- Blodprøve til Rhesus-bestemmelse er foretaget.
- Henvisning og anmodningsblanket sendes til Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Hillerød Hospital. Herfra ekspederes henvisningerne straks til Dagkirurgisk afsnit 0162, der forestår indkaldelsen. Henvisninger kan også sendes direkte til Dagkirurgisk afsnit.

### **Indkaldelse**

Patienten indkaldes pr. brev (evt. pr. telefon).

Kirurgisk abort foretages mandage på dagkirurgisk afsnit.

Er der tvivl om gestationsalderen visiteres patienten til gynækologisk ambulatorium med henblik på bestemmelse af gestationsalder og samtale om evt. medicinsk abort.

Hvis det ikke fremgår af henvisningen, om patienten med gestationsalder <9+0 ønske kirurgisk eller medicinsk abort, henvises til gynækologisk ambulatorium til samtale om medicinsk abort.

Hvis det fremgår af henvisningen at patienten er i tvivl om medicinsk eller kirurgisk abort henvises hun til gynækologisk ambulatorium til samtale om medicinsk abort

Sammen med indkaldelsen sendes patientvejledningen til kirurgisk abortus provocatus. I dagkirurgisk regi foretages forundersøgelse og indgreb samme dag.

### **Forundersøgelse**

Ved forundersøgelsen foretages en kort helbredsgennemgang i henhold til fortrykt journal inklusive måling af BT og stetoskopi af hjerte og lunger.

Der foretages en gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralydsscanning, hvor det sikres, at graviditetens længden er inden for lovens rammer. Det sikres endvidere at graviditeten er intrauterint. Er der usikkerhed om skønnet, tilkaldes bagvagt.

I EPM ordineres ”abort pakken”.

### **Positiv chlamydiapodning**

Ved positiv chlamydiapodning ved indgrebets start, og kvinden ikke er behandlet forud, gives Azithromycin 2 tabl. á 500 mg = 1 g som engangsdosis ved anæstesiens indledning og derefter medgives recept på tabl. Tetralysal 300mgx2 i 10 dage. Husk partnerbehandling.

Foreligger svaret på chlamydia ikke forud for indgrebet medgives recept på Azitromycin 500 mg 2 stk. til profylakse dagene efter indgrebet, hvis der er positiv chlamydiapodning. Patienten har ansvaret for at kontakte egen læge med henblik på svar og yderligere behandling.

Ved febrilia udsættes indgrebet til relevant behandling er igangsat og kvinden er afebril.

### **Forbehandling med Misoprostol**

Ved GU oplægges **Misoprostol (Cytotec) 2 tabletter = 0,4 mg i vagina**. Dette gøres for at opnå en blødgøring af cervix inden selve indgrebet.

Hos kvinder der **ikke har født vaginalt**, afventes 1,5 – 2 timer efter oplæggelsen, før abortindgrebet udføres (minimum er 1,5 time). **Hos patienter der har født**, afventes ikke nødvendigvis, men indgrebet udføres, når det er belejligt for afviklingen af dagens program.

Alle patienter får som præmedicinering tilbudt Diclon 50 mg, med mindre der er kontraindikation for NSAID. I så fald gives Pinex 1 g.

### **Indgreb**

Der er ikke evidens for en bestemt teknik.

Abortindgrebet foretages oftest i universel anæstesi.

Der er tradition for generel anæstesi i Danmark, men indgrebet kan foretages i paracervikalblokade, hvis patienten er indstillet på dette og kirurgen har erfaring i dette.

Efter afvaskning eksternt og i vagina fortager operatøren kontroleksploration af uterus med henblik på størrelse og lejrning.

Sugets størrelse bestemmes af gestationsalderen, således at man vælger et sug, der svarer til graviditetsugen. Orificium dilateres til Hegar indtil ½-1 nummer større end sugets størrelse. Uterus tømmes med plastiksug, kaviteten gås efter med stump curette. Under tømmingen af uterus indgives Oxytocin (Syntocinon) 10 IE i.v.

Uterus kugles. Det undersøges om der er blødning fra klotangstedet og orificium.

Antibiotikaproylaxse er ikke indiceret hvis der er podet for chlamydia

Evacuatet sendes til mikroskopi, såfremt ultralydsskanningen ikke var normal, eller i tvivlstilfælde.

Ved mistanke om perforation inden kaviteten er tømt kan indgrebet færdiggøres ultralydsvejledt. Ved mistanke om perforation observeres patienten og skal kun opereres ved symptomer.

Ved uterine malformationer (bicorn uterus, septat uterus), anbefales det at udføre indgrebet ultralydsvejledt.

Indgrebet dokumenteres på side 2 i journalen.

Ved afkrydsning af rubrikken ”Kan udskrives i velbefindende” delegeres udskrivningen til sygeplejerskerne.

### **Rhesusprofylakse**

Rhesus negative kvinder skal have anti-D uanset gestationsalder inden hun går hjem, og dette dokumenteres i journalen.

### **Prævention**

Kvinden skal motiveres til at bruge sikker antikonception. Såfremt hun vælger p-piller, medgives recept på disse, og hun starter med den første samme aften, som aborten er udført.

Såfremt patienten ønsker Mirena eller kobber spiral, kan den oplægges som afslutning på abortindgrebet. Der er intet til hinder for, at kvinder der ikke har født, kan anvende spiral. Afdelingen betaler ikke for spiralen

### **Risiko**

Komplikationer optræder i ca. 5 % af indgreb. Hyppigst er infektion (1-2 %), blødning (0,5 %), perforation (ca.0.2 %) eller retention (1-2 %).

Risikoen for ongoing-graviditet er 0,2 %.

Kvinden bør informeres om at henvende sig til egen læge ved symptomer på ovenstående, eller ved manglende menstruation efter 6 uger og/eller subjektive graviditets fornemmelse.

Der er ikke øget risiko for spontane aborter, ektopisk graviditet eller infertilitet efter kirurgisk abort

### **Indikatorer**

### **Afgrænsning/definitioner**

### **Review-gruppe**

Forfatter: Overlæge Peter Helm

Overlæge Kim Toftager Larsen

Review: Lars Franch Andersen

Dagkirurgien: Bente Kaltoft

### **Søgeord**

kirurgisk abort, abortus provocatus, gestationsalder, anmodningsblanket, forbehandling, rhesusprofylakse, spiralooplæggelse, graviditetslængde, samrådstilladelse, støttesamtaler,

### **ICD10-koder**

O04.9

LCH03

### **Dansk lov**

[Lov om abort](#)

Samråd

### **Referencer**

[DSOG's Hindsjavl guidelines](#)

### **Henvisninger og links**

Se ovenfor