

Fordele ved medicinsk abort i eget hjem ved tidlige graviditeter

Christine Buus Bertelsen & Pinar Bor

Der gennemføres årligt ca. 15.000 provokerede første trimester-aborter i Danmark. Siden 1997, hvor det første danske hospital indførte medicinsk abort som et rutinemæssigt behandlingstilbud, har der været en støt stigning i antallet af denne type aborter. Således udgør medicinsk abort nu 58% af det samlede antal provokerede aborter i Danmark (Figur 1). Der er flere fordele ved medicinsk abort, f.eks. skal patienten ikke i narkose, og aborten kan foretages meget tidligt i graviditeten og sættes i gang ved det første ambulante besøg.

Risikoen for infektion er mindre end ved kirurgisk abort, og desuden føler nogle kvinder sig i mindre grad som patienter, idet de hverken er indlagt eller skal opereres.

BAGGRUND

Succesraten for medicinsk abort afhænger af gestationsugen og behandlingsregimet og varierer fra 70% til 98% i forskellige studier [2-4].

Til trods for både internationale og danske guidelines varierer den procentuelle fordeling af aborttype (henholdsvis kirurgisk eller medicinsk), dosis og administrationsinterval af mifepriston og misoprostol, øvre tilladelige gestationsalder (GA) samt followup-/kontrolproceduren fortsat [2-4]. Den hyppigst anvendte medicinske abortmetode såvel i udlandet som i Danmark er en kombination af mifepriston og misoprostol. I store dele af verden er mifepriston desværre ikke tilgængeligt. Dette er eksempelvis tilfældet i Canada, hvorfor methotrexat anvendes i stedet [5].

Mifepriston blev godkendt til anvendelse i Frankrig og Kina i 1988. Efterfølgende har 50 lande godkendt præparatet, og mifepriston findes nu på WHO's liste over livsvigtige præparater [6].

I udviklingslandene dør der årligt 70.000 kvinder efter illegale eller usikre aborter, og 5 mio. kvinder har vedvarende sequelae. Mortaliteten efter kirurgisk abort i den vestlige del af verden er reduceret til 1/10 mio. [7]. Efter indførelsen af den medicinske abort er dødeligheden og komplikationsraten faldet yderligere. Der er stadig stor variation i den procentuelle fordeling af medicinske og kirurgiske aborter i Danmark. På nogle gynækologiske afdelinger udgør an-

delen af medicinske aborter 90%, mens de andre steder kun udgør 20% [1]. I Danmark er antallet af medicinsk inducerede første trimester-aborter steget støt fra 2% i 1998 til 58% i 2011 (Figur 1). Til sammenligning udgjorde de medicinske aborter i Sverige i 2008 64% [8].

BEHANDLINGSREGIME

Mifepriston er et syntetisk steroid med antiprogesteron og antiglukokortikoid virkning. Præparatet har en antiproliferativ effekt på endometriet, hvilket medfører afstødning samt virker oplødende og dilaterende på cervix. Misoprostol er en prostaglandinanalogue, som virker kontraherende på uterus og dilaterende på cervix.

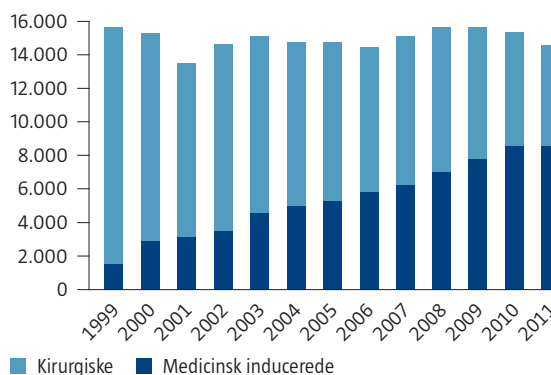
Der er stor variation i behandlingsregimerne for medicinsk abort i litteraturen [2, 6, 8-10]. I en række studier har man dokumenteret, at mifepriston alene ikke er tilstrækkeligt effektgivende til at inducere komplet medicinsk abort i første trimester [11]. I de fleste studier er der anvendt 200 mg mifepriston, som har vist sig at være lige så effektiv som 600 mg [2, 3, 12]. Anbefalingerne er således at anvende en kombination af mifepriston og misoprostol [12]. Misoprostoldosis varierer i forskellige studier fra 400 mikrogram til 800 mikrogram. I et stort, internationalt, randomiseret, kontrolleret studie med 2.962 kvinder fra 2010 var den mest effektive vaginale dosis 800 mikrogram misoprostol versus 400 mikrogram, hvor

STATUSARTIKEL

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Regionshospitalet Randers

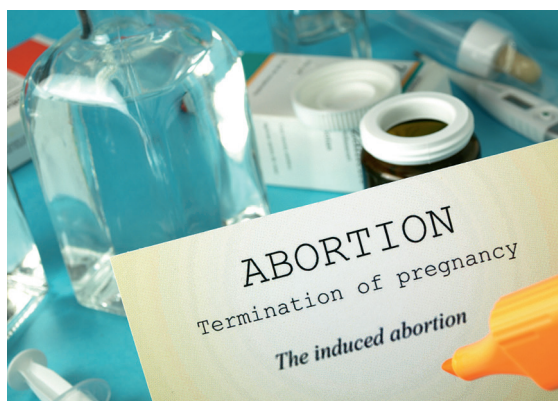
Ugeskr Læger
2014;176:V09120546

FIGUR 1



Antallet af provokerede første trimester-aborter i Danmark 1999-2011 [1].

Hvordan optimeres followup efter medicinsk abort?



hhv. 94% og 90% aborterede komplet. Regimet med 400 mikrogram viste statistisk signifikant højere risiko for inkomplet abort og *ongoing* pregnancy end regimet med 800 mikrogram [3]. I et studie fra 2010 i Storbritannien gav man en enkelt dosis mifepriston (200 mg oralt) i kombination med 800 mikrogram misoprostol vaginalt, når GA < 7 uger [2]. Ved en GA på 7-9 uger gav man yderligere 400 mikrogram efter fire timer. Succesraten for komplet medicinsk abort i sidstnævnte gruppe var 94%. Effektiviteten af medicinsk abort er også undersøgt hos kvinder med GA fra ni uger til 12-13 uger med succesrate for komplet abort på op til 98% [3]. Den maksimale succesrate på 98% ses ved anvendelse af misoprostoldosis på 800 mikrogram ved GA 10-13 [13]. Tendensen i internationale guidelines er således en højere vaginal misoprostoldosis på 800 mikrogram. I Danmark har der indtil for nyligt været anvendt 400 mikrogram vaginalt, og denne fordobling af dosis til 800 mikrogram har mange afdelinger implementeret i 2011 og 2012.

Ud over dosis er administrationsvej af misoprostol også undersøgt i litteraturen. I en nyere oversigtsartikel er det konkluderet, at vaginal administration fortsat er mest effektiv og giver færre bivirkninger [7]. Ved sublingval administration af misoprostol opnås der ikke større effektivitet, men til gengæld er der flere bivirkninger som f.eks. kvalme, opkastninger og diarré [7, 12]. En højere dosis misoprostol og oral administration er associeret til en forværring af bivirkningerne (kvalme og opkast) [7, 12]. Tilfredsheden med den medicinske behandling daler med stigende GA, hvorimod en tidligere fødsel er påvist at have en positiv indflydelse på oplevelsen af en medicinsk abort [14]. Hvorvidt tilfredsheden vedrørende forskellige administrationsveje er associeret til alder eller kulturelle forskelle, er endnu ikke veldokumenteret [7, 12].

Medicinsk induceret abort kan gennemføres i hjemmet eller under kortvarig indlæggelse. Mifepriston blev godkendt til anvendelse ved medi-

cinsk abort i USA i år 2000, og i den forbindelse blev hjemmebehandling hurtigt en del af standardproceduren. Siden har flere europæiske lande fulgt efter med hjemmebehandling [14]. I et svensk studie med GA < 7 uger har man påvist, at 96% af de kvinder, der valgte at abortere i hjemmet, var tilfredse med metoden [15]. Autonomi og det at være i kendte omgivelser evt. støttet af sin partner er nogle af de punkter, der øger tilfredsheden [14].

I Danmark blev medicinsk abort i begyndelsen udført under indlæggelse. De fleste afdelinger udfører nu medicinsk abort som hjemmebehandling, og der udføres oftest kun observation i de første timer på afdelingen ved GA > 8 uger.

KOMPLIKATIONER OG FOLLOWUP

Medicinsk abort kan principielt udføres i hele første trimester, men effektiviteten falder, og risikoen for komplikationer og blødning øges med stigende GA.

En amerikansk opgørelse viser, at 2,6% i efterfølgende løbet til en medicinsk abort fik foretaget evacuatio uteri, hyppigst pga. vaginalblødning (53%) [16]. Men den procentuelle fordeling af evacuatio uteri varierer fra studie til studie og afhænger af GA. Ved GA < 9 uger foretages evacuatio uteri i 5% af tilfældene, hvorimod det kun drejer sig om ca. 2% ved GA < 7 uger [12].

Ifølge databasen Tigrab blev der i 2011 foretaget evacuatio uteri i 5,6% af tilfældene efter medicinsk abort [1]. I Danmark foretages 60% af alle provokerede aborter nu før ottende svangerskabsuge, hvilket i 1998 kun gjaldt for ca. 25% [1]. Infektionsrisikoen ved de medicinske aborter er halveret (2%) i forhold til ved de kirurgiske aborter, og i nogle opgørelser er risikoen endnu lavere 0,02-0,92% [17]. Risikoen for



FAKTABOKS

Medicinsk abort udgør 58% af de ca. 15.000 provokerede første trimester-aborter i Danmark.

Der er stadig stor variation i den procentuelle fordeling. På nogle afdelinger udgør de 90%, andre steder kun 20% af det samlede antal.

Ved gestationsalder < 9 uger + 0 dage anbefales primært medicinsk abort.

Medicinsk abort bør som udgangspunkt foregå som hjemmebehandling.

Succesraten øges ved anvendelse af højdosis misoprostol (0,8 mg).

Infektionsrisikoen er halveret (2%) sammenlignet med ved kirurgisk abort.

Komplians øges, hvis followup foregår relativt tæt på behandlingsregimet.

dødsfald pga. komplikationer (infektion og toksisk shock-syndrom) ved medicinsk abort er meget lav (1,1/100 000) [17]. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, anbefaler profylaktiske antibiotika mod *Chlamydia trachomatis* og anaerobe bakterier i forbindelse med medicinsk abort, men dette er ikke WHO's anbefalinger. I Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG)s guidelines anbefales screening for *C. trachomatis* ved kirurgisk abort og behandling ved behov. Screening er således obligatorisk i forbindelse med invasive indgreb, men er ikke en del af standardproceduren ved medicinsk abort.

Risikoen for behandlingssvigt med *ongoing pregnancy* som konsekvens er indrapporteret i 0,5-1% af tilfældene [7]. For at undgå *ongoing pregnancy* og sikre en komplet abort efter medicinsk behandling er det nødvendigt med tæt kontrol/followupprocedure. Der er blevet beskrevet forskellige followupregimer i litteraturen, heriblandt ultralydskanning til vurdering af endometrietykkelse, S-humant choriongonadotropin (hCG)-niveau og telefoninterview, med henblik på at vurdere kliniske symptomer [18]. I Danmark anvendte man indtil 2011 et varieret udvalg af followupprocedurer. En gennemgang af forskellige danske sygehuses instrukser vedrørende opfølgning efter medicinsk abort viste, at tidspunktet for kontrol af S-hCG-niveau svingede fra dag syv til dag 21. Followupproceduren er nu blevet mere ensartet, og de fleste afdelinger laver nu followup på dag et og dag otte efter medicinsk abort, hvilket er i overensstemmelse med DSOG's anbefalinger. Followupprocedurer med henholdsvis ultralydskanning og kontrol af S-hCG har vist en *lost to follow-up-rate* på hhv. 22% og 37% blandt 865 patienter. Det store frafald i followup var i højere grad associeret til øget paritet, tidligere provokerede aborter, arbejdsløshed og øget afstand til hospitalet end til selve followupproceduren [18].

Rutinemæssig ultralydskanning tilrådes ikke længere. I stedet bør followup vurderes på baggrund af S-hCG-niveau og evt. tilstedeværelse af symptomer som smerter, kraftig blødning og feber [19].

En graviditetstest udført hjemme med lavere sensitivitet for S-hCG-niveau kunne måske være fremtiden i Danmark? Flere steder i verden har man netop testet og implementeret en sådan test, hvilket har medført øget kompliance og høj tilfredshed blandt kvinderne [20]. Desuden vil en simpel test spare afdelingerne for mange timers arbejde.

KONKLUSION

Ved GA < 9 uger + 0 dage anbefales primært medicinsk abort. Infektionsrisikoen er halveret (2%) sammenlignet med kirurgisk abort, og 95-98% undgår in-

strumentering af uterus og deraf følgende risici.

I tillæg undgås generel anæstesi ved ukomplicerede forløb. Succesraten for medicinsk abort øges ved højere dosis misoprostol (800 mikrogram) og lavere GA. Desuden ses større tilfredshed blandt kvinder ved lavere GA. Hjemmebehandling bør tilrådes som førstevalg, hvis kvindens resurser og den kliniske situation ellers tillader det. Hovedparten af kvinderne er tilfredse med, at aborten foregår i hjemmet. På trods af dette er der fortsat afdelinger i Danmark, hvor medicinsk abort kun udgør ca. 20% af det samlede antal. Compliance øges hos kvinden, hvis followup foregår relativt tæt på behandlingsregimet. Implementering af en graviditetstest, der bliver udført i hjemmet og med lav sensitivitet for S-hCG-niveau som det primære followup en uge efter, kan blive næste tiltag her i Danmark.

KORRESPONDANCE: *Christine Buus Bertelsen*, Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Regionshospitalet Randers, 8930 Randers. E-mail: buuschristine@hotmail.com

ANTAGET: 27. februar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 10. juni 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. www.tigrab.dk (28. feb 2013).
2. Umrani A, Umrani S. Efficacy of single dose of mifepristone combined with two doses of misoprostol in early medical abortions. *J Reprod Contracept* 2010;21:35-40.
3. von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG* 2010;117:1186-96.
4. Ngoc NT, Blum J, Raghavan S et al. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception* 2011;83:410-7.
5. Bartz D, Goldberg A. Medication abortion. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:140-50.
6. Ashok PW, Kidd A, Flett GM et al. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Hum Reprod* 2002;17:92-8.
7. Schaff EA. Mifepristone: ten years later. *Contraception* 2010;81:1-7.
8. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O et al. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod* 2010;25:1153-7.
9. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM et al. Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: a review of 483 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1315-9.
10. Gouk EV, Lincoln K, Khair A et al. Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:535-9.
11. Grimes DA, Mishell DR, Jr, Shoupe D et al. Early abortion with a single dose of the antiprogesterin RU-486. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1307-12.
12. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11:CD002855.
13. Ashok PW, Penney GC, Flett GM et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod* 1998;13:2962-5.
14. Kallner HK, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2012;85:394-7.
15. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L et al. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004;70:387-92.
16. Allen RH, Westhoff C, De Nonno L et al. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. *Obstet Gynecol* 2001;98:101-6.
17. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study. *Med J Aust* 2012;197:282-6.
18. Horning EL, Chen BA, Meyn LA et al. Comparison of medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin testing and in-office assessment. *Contraception* 2012;85:402-7.
19. Hamoda H, Templeton A. Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010;24:503-16.
20. Blum J, Shochet T, Lynd K et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? *Contraception* 2012;86:757-62.