

Skal behandlingen af tidlig abort være medicinsk?

Overlæge Lisbeth Nilas, e-mail: lisbeth.nilas@hh.hosp.dk & centerdirektør Bent S. Ottesen, e-mail: bent.ottesen@rh.dk

H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Gynækologisk Klinik

Omkring 15% af alle klinisk erkendte graviditeter resulterer i en spontan abort, og hver anden kvinde vil opleve en ufrivillig abort. Den traditionelle standardbehandling af spontan abort har været akut tømning af uterus i universel anæstesi. Behandlingen er ikke baseret på kontrollerede studier, og der efterlyses regelrette kliniske undersøgelser, der belyser alle aspekter af behandlingen af kvinder, der har haft abort [1]. Først i de senere år er der beskrevet erfaringer med en afventende behandling eller en medicinsk behandling ved spontan abort.

Medicinsk behandling ved spontan abort foretages med prostaglandinanalogen misoprostol, som virker uteruskontraherende og blødgørende på cervix. Misoprostol er ikke registreret til gynækologisk-obstetrisk brug, men anvendes til at igangsætte fødsler, stoppe post partum-blødninger og i kombination med antiprogesteronet mifepriston til medicinsk svangerskabsafbrydelse.

Den optimale medicinske behandling ved spontan abort kendes ikke, og i mindre, ukontrollerede serier varierer succesraten fra 13% til 100%. Denne variation kan blandt andet forklares ved forskelligt studiedesign, varierende inklusions- og succeskriterier og anvendelse af forskellige misoprostol-doser og -regimener.

I august 2005 blev en randomiseret sammenligning af medicinsk og kirurgisk behandling af 625 kvinder med tilrundegået graviditet publiceret [2]. Det medicinske regimen var vaginal misoprostol 800 µg evt. gentaget efter median tre (2-5) dage og tilbud om vakuumaspiration på dag 8, hvis aborten var inkomplet. Behandlingssucces blev defineret som komplet abort efter 30 dage ved anvendelse af metoden (ingen kirurgisk evacuatio ved medicinsk behandling og ingen re-evacuatio ved kirurgisk behandling). Den gennemsnitlige gestationsalder var 7,6 uger (spredning 1,5 uger). Succesraten ved den medicinske behandling var på 84% mod 97% ved den kirurgiske behandling. Komplikationer i form af blødning, feber og infektion var sjældne og ens i de to grupper, og der var den samme tilfredshed med behandlingerne.

Resultaterne af [2] viser, at medicinsk behandling af tidlig tilrundegået graviditet er acceptabelt for patienterne, temmelig effektivt og uden de store komplikationer. Medicinsk behandling af spontan abort kan derfor foretages i hjemmet, hvilket allerede i dag praktiseres på flere afdelinger her i landet.

I studiet rejstes der imidlertid en række nye spørgsmål. Det vides ikke, om den dosis misoprostol, der blev anvendt i studiet, er den optimale med hensyn til både effekt og bivirkninger. Succesraten ved medicinsk behandling afhænger blandt andet af, hvilken abortsubtype det drejer sig om. Den medicinske behandling af anembryonale graviditeter (*blighted ovum*) var således signifikant mindre effektiv, og disse tilfælde kræver antagelig større eller gentagne doser af misoprostol. Dette stemmer overens med andre observationer. Ved en igangværende abort, hvor der er blødning og et delvist udstødt graviditetsprodukt, vil 80% abortere spontant inden for tre dage [3]. Ved et retineret foster (*missed abortion*) eller anembryonal graviditet (*blighted ovum*) kan det tage adskillige uger, før graviditeten helt er udstødt [4]. Dette understreger vigtigheden af en præcis ultralyddiagnostik for at kunne vejlede kvinden optimalt med hensyn til behandlingsvalg.

Ved blødning i den tidlige graviditet (abortus imminens) kan en vaginal ultralydskanning ofte afsløre, om der er en levende graviditet (synlig fosterhjerteraktion og dermed en god prognose) eller et graviditetstab (inkomplet spontan abort, *missed abortion* og anembryonal graviditet). I andre situationer er det nødvendigt med gentagne ultralydundersøgelser eller serielle humant choriongonadotropin (hCG)-målinger for at stille en korrekt diagnose. Der er ingen opgørelser af effekten af medicinsk behandling i disse tilfælde.

Effekten af den medicinske behandling afhænger også af den anvendte definition af behandlingssucces og tidspunktet for opgørelsen. På baggrund af svenske studier [3] anvendes der ofte en maksimalt endometrietykkelse på 15 mm som kriterium for komplet abort og dermed behandlingssucces. Ved medicinsk induceret legal abort er der ringe sammenhæng mellem ultralydfund efter aborten og risikoen for senere komplikationer [5], hvilket har medført mere liberale kriterier for succes også ved behandlingen af spontan abort. I [2] blev 30 mm endometrium anvendt som succeskriterium, og langt de fleste kvinder havde et ukompliceret forløb. Andre har forsøgt at bruge endnu mere liberale succeskriterier, hvilket medførte øget infektionsrisiko [6]. Der savnes derfor prospektive studier, hvori man belyser de optimale kriterier for behandlingssucces. Da de fleste aborter vil blive udstødt

Behandlingen af tidlig tilrundegået graviditet

Medicinsk behandling er effektiv og sikker
Både den medicinske og den kirurgiske behandling kan optimeres
Prospektive studier skal danne grundlag for individualiseret behandling

VIDENSKAB OG PRAKSIS | RETTELSER

spontan med tiden [7], er tidspunktet for bedømmelse af behandlingseffekten tilsvarende afgørende for succesraten. I [2] blev der foretaget ultralydkontrol efter 2-3 dage, og hos 15% var der behov for gentagelse af behandlingen en eller to gange. I alt 16% af de medicinske behandlede havde behov for kirurgisk behandling inden for den første måned, og yderligere fire kvinder fik foretaget tømning af uterus mere end 30 dage senere.

En optimeret medicinsk behandling af spontan abort kræver mere viden om de faktorer, der påvirker succesraten, og antagelig en individualisering af behandlingen. Hvis man ønsker, at den medicinske behandling skal have en succesrate, der nærmer sig succesraten ved kirurgisk behandling, er det nødvendigt enten at give større doser misoprostol og dermed fremkalde flere bivirkninger eller at give flere applikationer. Gentagne kontrolbesøg medfører et mere langvarigt forløb og stiller store krav til dels organiseringen af kontrolprocedurerne, og dels informationen til den enkelte kvinde.

Ved en spontan abort medfører kirurgisk tømning af uterus en hurtig afslutning af forløbet. I Danmark udføres det kirurgiske indgreb i universel anæstesi og nødvendiggør indlæggelse. Da en stor del af de kvinder, der får en spontan abort, henvender sig akut, kan de risikere at vente fastende i lang tid og blive udskudt til fordel for mere presserende operative opgaver. I [2] måtte nogle kvinder vente 1-2 døgn på den kirurgiske behandling, hvilket svarer til erfaringerne både andre steder i udlandet og også herhjemme. En sammenligning af både de medicinske aspekter, omkostninger og tilfredshed mellem medicinsk og kirurgisk behandling af spontane aborter nødvendiggør derfor en optimering af begge metoder – herunder muligheden for at foretage den kirurgiske behandling i dagtiden på et aftalt tidspunkt. Uanset hvilken metode der vælges, er der behov for en grundig og realistisk information til kvinderne med udgangspunkt i deres egne præferencer. Selv om spontane aborter er hyppige, vil de ofte være forbundet med sorg og tab for den enkelte kvinde. Det er glædeligt, at behandlingen af spontane aborter har fået forskningsmæssig interesse, hvilket giver håb om fortsatte kliniske studier, så behandlingen af og rådgivningen til den enkelte kvinde, der har en spontan abort, kan ske på et evidensbaseret grundlag.

Litteratur

1. Hemminiki E. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 1998;91:247-53.
2. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K et al. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med* 2005;353:761-9.
3. Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995;345:84-6.
4. Wieringa-de Waard M, Vos J, Bonsel GJ et al. Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Hum Reprod* 2002;17:2445-50.
5. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Prediction of late failures after medical abortion from serial beta-hCG measurements and ultrasonography. *Hum Reprod* 2004;19:85-9.
6. Leung SW, Pang MW, Chung KH. Retained products of gestation in miscarriage: an evaluation of transvaginal ultrasound criteria for diagnosing an "empty uterus". *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1133-7.
7. Luise C, Jermy K, Collins WP et al. Expectant management of incomplete,

spontaneous first-trimester miscarriage: outcome according to initial ultrasound criteria and value of follow-up visits. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:580-2.

> RETTELSER

»Screening for hudcancer hos organtransplanterede patienter i Danmark«

Reservelæge *Janne Horn*, overlæge *Jørgen Lolk-Andersen*, overlæge *Knud Rasmussen* & overlæge *Gregor B.E. Jemec*, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, Plastikkirurgisk Afdeling, Medicinsk Afdeling og Dermatologisk Funktion. *Ugeskr Læger* 2005;167:2762-5.

I ovennævnte artikel var 2.-forfatterens navn angivet forkert. Det korrekte er *Jørgen Lolk-Andersen*.

Redaktionen beklager fejlen.

»Primært planocellulært karcinom i ovariet«

I artiklen »Primært planocellulært karcinom i ovariet« af *Hanne Kobberø* & *Tine Plato Hansen* publiceret i *Ugeskrift for Læger* (2005;167:4576-7) står der fejlagtigt, at artiklen bl.a. er udgået fra Odense Universitetshospital, Patologisk Institut. Det rigtige sted er Sygehus Fyn Svendborg, Patologisk Institut.

Redaktionen beklager fejlen.