

# Missfall eller inte missfall – rätt diagnos inte alltid lätt

## Tidigt ultraljud kan ge fler osäkra diagnoser



**LENA MARIONS**, docent, överläkare, kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm  
lena.marions@karolinska.se

Under hösten har det i medierna debatterats livligt om hur sjukvården omhändertar kvinnor som drabbats av missfall. Diskussionen har rört två aspekter: Dels har kvinnor som fått diagnosen att fostret inte är levande oroats för att de fått vänta 1–2 veckor på kirurgisk eller farmakologisk utrymning av livmodern, dels har det förekommit uppgifter om att denna utrymning skett redan efter första besöket men att diagnosen varit osäker eller kanske till och med felaktig.

### Tidigt missfall vanligt

Missfall i tidig graviditet är vanligt; av kända graviditeter resulterar uppskattningsvis en tredjedel i ett missfall under de första 12 veckorna [1], och orsaken är ofta en avvikelse i det befruktade ägget. Fostret – om det utvecklats – går under, och så småningom stöts graviditetsvävnaden ut ur livmodern. Hur lång tid det tar varierar. I några fall kan det ta lång tid, och ibland sker avstötningen inte fullständigt. Då finns möjlighet att utrymma livmodern antingen kirurgiskt (skrapning) eller farmakologiskt (som vid medicinsk abort).

### Ultraljud har förändrat diagnostiken

Eftersom ultraljud har kommit att bli ett viktigt verktyg i samband med gynekologisk undersökning, har diagnosen »icke-viabel graviditet« blivit möjlig att ställa allt tidigare.

Tidigare sökte kvinnan för blödningar, och man konstaterade att livmodern halsen börjat öppna sig och att graviditeten var på väg att stötas ut. Då hade fostret sannolikt redan varit dött flera veckor.

I dag genomgår många kvinnor ultraljud redan en eller ett par veckor efter utebliven menstruation, och diagnosen ställs allt tidigare.

Detta ställer större krav på undersökaren, och det kan leda till fler osäkra diagnoser [2]. En till synes tom hinn-säck kan innebära att fostret inte är »viabelt«, men det kan också innebära att graviditeten inte har hunnit så långt som man förväntat.

Det rätta i den situationen är naturligtvis att låta tiden avgöra och be kvinnan komma åter efter 7–10 dagar, eller tidigare om hon får en riklig blödning.

Om diagnosen inte är helt uppenbar, är det denna policy som bör gälla.

### Förnyad bedömning kan behövas

I senare graviditet – när man kan se ett tydligt foster – brukar det inte vara svårt för en specialist i gynekologi att avgöra om det finns hjärtaktivitet eller inte.

Om en undersökare är osäker bör en förnyad medicinsk bedömning begäras, alternativt att kvinnan får komma åter.

Det enda undantaget är när kvinnan söker för abort; då behöver man inte se ett foster innan aborten startas farmakologiskt. Då är det i stället extra viktigt att man vid återbesöket förvissas sig om att graviditeten verkligen

är avbruten och att den inte sitter utanför livmodern.

### Saklig information kan ge bäst beslut

Ett dött foster i livmodern innebär inte någon risk för kvinnans hälsa. Studier som jämfört skrapning och farmakologisk utrymning och att avvakta har inte kunnat påvisa någon skillnad i infektionsförekomst [3]. De flesta av de infektioner som finns beskrivna i litteraturen är med största sannolikhet inte missfall utan snarare försök till abort.

Däremot är det förstaeligt att det finns känslomässiga skäl till att kvinnan/paret önskar ett snabbt omhändert-



Foto: Michael Donne/SPL/IBL

Med ultraljud kan diagnosen »icke-viabel« graviditet ställas tidigt. Men det ställer stora krav på undersökaren.

tagande, detta är en normal reaktion initialt.

Genom att sakligt informera och vid behov erbjuda psykologiskt stöd i samband med att diagnosen ställs kan läkare och kvinnan/paret gemensamt besluta om den åtgärd som passar bäst i det enskilda fallet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, O'Connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril*. 1996;65(3):503-9.
- Jauniaux E, Johns J, Burton GJ. The role of ultrasound imaging in diagnosing and investigating early pregnancy failure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;25(6):613-24.
- Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment [MIST] trial). *BMJ*. 2006;332(7552):1235-40.

## ■ sammanfat tat

Farmakologisk eller kirurgisk behandling av missfall får inledas endast om ansvarig läkare är helt säker på att graviditeten inte fortsätter.

Det är inte förenat med någon medicinsk risk för en kvinna att ha ett dött foster i livmodern.