

Utskrapning eller ikke etter spontanabort?

Inntil for få år siden har det vært vanlig å utføre utskrapning av uterinhulen ved spontanabort. Vi ønsket å se om observasjon er en akseptabel og trygg behandling.

Studien inkluderer 94 kvinner som innkam med spontanabort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. De ble randomisert til observasjon (n = 46) eller utskrapning (n = 48) dersom de ikke hadde for mye smerter eller blødning eller ultralydmessig innhold i uterus på mer enn 20 mm. Alle pasientene ble etterundersøkt 7–10 dager senere. Bakteriologisk prøve fra cervix ble tatt én gang. Blodprøver til analyse av hemoglobin, leukocytter, CRP og HCG, ble tatt ved inklusjon og ved oppfølging.

I utskrapningsgruppen var det ingen operative komplikasjoner, ingen tilfeller av infeksjon og ingen ekstra konsultasjoner. Gjennomsnittlig blødningstid var 4,8 dager (spredning 1–11 dager). I observasjonsgruppen var det heller ingen tilfeller av infeksjon, utskrapning ble utført hos sju kvinner, og det var seks ekstra konsultasjoner. Gjennomsnittlig blødningstid var 7,3 dager (spredning 2–27 dager). Det var mindre smerte og mindre blødningsmengde blant kvinnene i utskrapningsgruppen enn i observasjonsgruppen.

Kvinner med spontanabort i første trimester kan trygt observeres uten utskrapning. De kan da forvente noe lengre blødningstid, noe mer blødning og noe mer smerte enn dersom utskrapning blir utført.

Omkring 15–20% av alle svangerskap ender i spontanabort, og behandling av disse kvinnene er en sentral del av den gynekologiske hverdag. Denne pasientgruppen krever store ressurser både når det gjelder konsultasjonstid og operasjonstid. I mange år har kirurgisk tømming av uterus stått som rutinebehandling ved spontanabort (1, 2). De siste fem årene har noen sykehusavdelinger valgt å observere en stor del av disse pasientene. Det er gjort få studier på observasjon som behandling, og vi ønsket å undersøke om kirurgi er nødvendig eller om observasjon kan være et aktuelt alternativ.

Jørn-Hugo Karlsen

jhkarlse@online.no

Hjalmar A. Schiøtz

Kvinneklinikken

Sentralsykehuset i Vestfold

3117 Tønsberg

Karlsen J-H, Schiøtz HA.

After spontaneous abortion – surgical revision or not?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2812–4.

Background. In most cases of miscarriage, standard procedure has until recently been surgical revision of the uterine cavity.

Material and methods. 94 women with first trimester miscarriage were randomized to surgical revision (n = 48) or expectation (n = 46) after informed consent. Women with unacceptable pain or bleeding, or uterine contents of more than 20 mm diameter on sonography were not included. The patients were followed up seven to ten days later with gynaecological examination, sonography, and determination of levels of haemoglobin, leukocytes, C-reactive protein and HCG.

Results. In the revision group there were no operative complications, no cases of infection, and no unscheduled consultations. Mean duration of bleeding was 4.8 days (range 1–11 days). In the observation group there were no cases of infection, surgical revision was carried out in seven patients, and there were six unscheduled consultations. Mean duration of bleeding was 7.3 days (range 2–27 days). The women undergoing surgical revision had less pain and bleeding.

Interpretation. Women with first trimester miscarriage may safely be observed without surgical revision but may have somewhat more pain and more vaginal bleeding than if revision is carried out.

Materiale og metode

97 kvinner med diagnosen førstetrimester spontanabort ble inkludert prospektivt i studien. Tre ble ekskludert fra analysen. En trakk seg etter inklusjon, en på grunn av ekstrauterin graviditet og en møtte ikke til etterkontroll. Kvinner med mer enn 12 ukers amenoré, mer enn 20 mm innhold i uterus målt fra basalis til basalis av endometriet i anteroposteriørt snitt, uakseptabel blødning, uakseptable smerter eller mistanke om bekkeninfeksjon, og intrauterin fosterdød med retinert fosteranlegg ble ikke inkludert. Kvinnene ble randomisert til enten kirurgisk revisjon av uterinhulen (n = 48) eller observasjon (n = 46), ved at det ble trukket en lukket konvolutt. Gruppene var like med

hensyn til alder, paritet, svangerskapslengde og blødningstid før første undersøkelse (tab 1).

Alle kvinnene ble undersøkt gynekologisk og med vaginal ultralydundersøkelse med 5 MHz probe. Cervixprøver ble tatt til chlamydiaundersøkelse og dyrking. Følgende blodprøver ble tatt: CRP, leukocytter, hemoglobin, HCG og blodtyping. Utskrapning ble utført i generell anestesi med vakuumsug. Abortrester ble undersøkt histologisk. Rhesusnegative pasienter fikk anti-D-injeksjon.

Ved utskrivning ble det avtalt poliklinisk kontroll, og alle ble bedt om å ta kontakt med avdelingen ved behov. De som kontaktet avdelingen før avtalt etterkontroll, ble undersøkt med tanke på eventuell utskrapning. Alle kvinnene fikk med seg et spørreskjema hjem vedrørende antall blødningsdager, subjektiv blødningsmengde, smerter og tegn på infeksjon. Dette skulle medbringes ved etterkontrollen. Både blødningsmengden og smerteopplevelsen skulle i skjemaet angis som liten, moderat eller sterk og relateres til egen menstruasjon.

Pasientene ble etterundersøkt 7–10 dager senere med ny gynekologisk undersøkelse og ultralydundersøkelse. Analyse av hemoglobin, leukocytter, CRP og HCG ble gjen tatt. Dersom cervixprøver ikke var tatt ved første undersøkelse, ble det gjort på dette tidspunktet. Man gjennomgikk spørreskjemaet med pasienten. Dersom blødningen ikke hadde stanset, ble hun bedt om å sende utfylt skjema etter blødningsstans. Alle fikk tilbud om en tredje undersøkelse dersom de ønsket det.

T-test ble brukt til å sammenlikne gruppene.

Studien var godkjent av regional forskningsetisk komité, og alle pasientene gav informert samtykke.

Resultater

Resultatene fremgår av tabell 2. Det oppstod ingen tilfeller av endometritt eller salpingitt i noen av gruppene. Sju pasienter i observasjonsgruppen (15%) fikk senere utført utskrapning, fem pga. uakseptable smerter og blødning, én pga. blødning og stigende HCG-verdier og én pga. vedvarende blødning og økende innhold i uterus bedømt ved ultralydundersøkelse. Ingen pasienter i utskrapningsgruppen måtte få utført ny utskrapning.

Gjennomsnittlig blødningstid (fra første konsultasjon) var i utskrapningsgruppen 4,8

dager (spredning 1–11 dager), mot 7,2 dager (spredning 1–27 dager) i observasjonsgruppen ($p < 0,01$). Data for primært observerte pasienter som senere måtte behandles med utskrapning, vises i tabell 3. Disse pasientene skilte seg spesielt ut med høye HCG-verdier ved første konsultasjon.

Diskusjon

Selv om utskrapning av uterinhulen etter spontanabort er et kortvarig og enkelt kirurgisk inngrep med få komplikasjoner, dreier det seg om mange pasienter. Ressurser kan spares og personlig belastning reduseres hvis en del av disse inngrepene kan unngås. Momenter som må antas å være av betydning for kvinner ved spontanabort er smerte, blødningsmengde, blødningstid, risiko for infeksjon og eventuelt behov for utskrapning. Det kan også være av verdi for kvinnene at prosessen går naturlig, uten kirurgisk intervensjon.

Det er gjort relativt få studier der man sammenlikner observasjon og utskrapning ved spontanabort, og bare tre er randomiserte (3–5). Disse hadde høyere øvre grense for uterint innhold (50 mm), enn i vår studie. Nilsen & Hahlin (3) fant akseptable resultater i begge gruppene ved sammenlikning av 103 kvinner som ble observert og 52 som fikk utført utskrapning. I observasjonsgruppen måtte 21% behandles med senere utskrapning og 2,9% fikk infeksjon, mens 9,6% fikk infeksjon i utskrapningsgruppen. Blødningstiden var noe lengre ved observasjon, men det var ingen signifikant forskjell vedrørende smertetid eller hemoglobinverdier. I samsvar med større mengde intrauterint innhold hadde begge gruppene betydelig høyere HCG-verdier enn i vår studie.

Chipchase & James (4) sammenliknet 19 kvinner med observasjon og 16 med utskrapning, og fant ingen signifikant forskjell i blødningstid, blødningsmengde, smerter eller i senere fertilitet. Høyeste mål for innhold i uterus var 25 mm (gjennomsnitt i de to gruppene hhv. 11 og 16 mm), dvs. omtrent som i vår studie.

I en norsk studie med 120 kvinner med spontanabort hadde Rygh og medarbeidere (Rygh AB, Engelsen IB, Laine K, Thornhill H, Wollen A-L, foredrag ved kongress for Nordisk Forening for Obstetikk og Gynekologi, Oslo 2000, abstrakt 149) også øvre grense på 50 mm innhold i uterus. I observasjonsgruppen fikk 25% av pasientene utført utskrapning. Det var signifikant mer smerte, mer blødning og lavere hemoglobinverdier i observasjonsgruppen enn i utskrapningsgruppen. I gruppen som hadde mindre enn 20 mm innhold i uterus, var imidlertid resultatene gode ved observasjon, og komplett abort fant sted hos hele 83%. Dette er samme resultat som i vår studie (85%).

I observasjonsstudier har man funnet varierende resultater. Jurkovic og medarbeidere (5) fant at 59% av pasientene ($n = 85$) som ble observert for intrauterin fosterdød

Tabell 1 Pasientopplysninger

	Utskrapning (n = 48)			Observasjon (n = 46)		
	Gjennomsnitt	Median	Spredning	Gjennomsnitt	Median	Spredning
Alder (år)	30,8	30	(21–44)	30,2	29	(19–44)
Paritet	1,1	1	(0–3)	0,9	1	(0–4)
Svangerskapslengde (uker)	8,5	9	(5–12)	8,4	7	(6–12)
Serum-HCG (IE)	1 999	996	(0–14 718)	2 320	830	(3–17 292)
Innhold i uterus (mm)	12,7	13	(5–20)	11,9	11	(4–20)
Blødning før første undersøkelse (dager)	4,6	3,5	(1–25)	4,9	3,5	(1–35)

med retinert fosteranlegg, gjennomgikk utskrapning innen 48 dager. Hurd og medarbeidere (6) fant blant 152 subfertile kvinner med spontanabort og lukket cervix at observasjon var trygt, men hos dem som hadde mer enn 10 mm innhold i uterus, ble utskrapning foretatt hos hele 37,5%. Schwarzler og medarbeidere (7) fant at 71 av 85 kvinner som hadde valgt observasjon, hadde et vellykket resultat, og konkluderte med at konservativ behandling var en god tilnærming. I en metaanalyse fant Geyman og medarbeidere (8) at observasjon og utskrapning gav vellykket resultat i henholdsvis 92% og 93%.

Pasientene som fikk utført utskrapning i vår studie, skiller seg ut på to måter. De hadde høyere HCG-verdier enn de andre i gruppen, og mer innhold i uterus bedømt med ul-

tralyd. Dette indikerer at kvantitativ HCG-bestemmelse samt ultralydundersøkelse vil kunne være til hjelp i utvelgelsen av dem som ikke bør observeres. Verken litteraturen eller vår studie avdekker klare grenseverdier for HCG-nivå eller uterint innhold. Når det gjelder medikamentelt induert abort ved dødt foster eller abortrester, er resultatene skuffende og dette er ikke en anbefalt behandling.

Man kan tenke seg at et kirurgisk inngrep i uterus kan øke risikoen for infeksjon, men samtidig kan også retinerte svangerskapsprodukter tenkes å øke en slik risiko. I litteraturen angis postoperativ infeksjon (endometritt, salpingitt) etter utskrapning til 4–10% (3). I andre studier der man sammenlikner observasjon og utskrapning ved spontanabort, forekom infeksjon hos litt

Tabell 2 Resultater

	Utskrapning (n = 48)	Observasjon (n = 46)	P-verdi
Utskrapning	48	7	–
Ny utskrapning	0	0	–
Ekstra konsultasjon	0	6	0,03
Peroperativ komplikasjon	0	0	–
Endometritt	0	0	–
Blødningstid (dager) (spredning)	4,8 (1–11)	7,2 (1–27)	< 0,01
Blødningsmengde (skala 1–3)	1,3	2,3	< 0,01
Smerte (skala 0–3)	0,7	1,4	< 0,01

Tabell 3 Observerte pasienter som senere fikk utført utskrapning (n = 7)

	Gjennomsnitt	Median	Spredning
Alder (år)	31,3	31	24–44
Paritet	1,3	1	0–4
Svangerskapslengde (uker)	8,3	8	7–11
Serum-HCG (IE)	9 471	10 424	1 436–17 292
Innhold i uterus (mm)	14,1	12	11–20
Blødning før første undersøkelse (dager)	7,9	9	1–21

flere av pasientene som fikk utført utskrapning (3, 4), mens det ikke var infeksjoner i noen av gruppene i vår eller i studien til Rygh og medarbeidere. Det er dermed neppe grunn til å velge den ene metoden fremfor den andre av infeksjonshensyn, og risikoen er i alle fall liten.

Pasientenes opplevelse av smerter ble angitt subjektivt på en skala fra 0–3. Det var statistisk signifikant forskjell på smerteopplevelsen i favor av utskrapning, men dette er ikke nødvendigvis klinisk relevant, da smertene stort sett var lette til moderate og sjelden betinget bruk av sterke analgetika.

Både blødningstid og subjektivt bedømt blødningsmengde var, ikke uventet, signifikant lavere i utskrapningsgruppen. Når det gjelder blødningstid, er kanskje ikke forskjellen så stor som gjennomsnittstallene tilsier, fordi to kvinner i observasjonsgruppen blødde betydelig lenger enn alle andre, nemlig 22 og 27 dager. I praksis slutter de fleste observerte kvinner å blø innen en uke. Blødningsmengden ble angitt subjektivt av pasientene, og vi har ikke forsøkt å objektivisere den. Opplevelse av hva som er sterk blødning kan variere betydelig fra en pasient til en annen. Imidlertid var hemoglobinverdiene i gruppene stabile, og ingen av pasientene måtte få utført utskrapning pga. helse-truende blødning. Det kan diskuteres om

forskjellen i blødning mellom gruppene var klinisk relevant, men vi erfarte at enkelte av pasientene i observasjonsgruppen opplevde blødningen som uakseptabel.

Pasienter som skal observeres, trenger god informasjon om hva de kan forvente av blødning og smerte. Vi tror at noen av tilfellene med utskrapning i observasjonsgruppen kunne ha vært unngått dersom pasientene hadde vært bedre informert og tettere fulgt opp.

Vi mener at resultatene ved observasjon er så gunstige i forhold til utskrapning at observasjon kan være standardbehandling for ukompliserte spontanaborter i første trimester. Denne behandlingsstrategien krever god forhåndsinformasjon og stor grad av tilgjengelighet. Pasientene må være forberedt på hva de kan vente seg av smerter og blødningsmengde og informeres om symptomer på ekstrauterin graviditet, og avdelingen må være villig til å ta dem tilbake til kontroll hvis de føler seg utrygge eller har plager som indikerer at det bør utføres utskrapning. I hvilken grad det er nødvendig med oppfølging av kvinner som kun observeres etter spontanabort, er ikke klarlagt. Dersom alle pasientene skal ha time til poliklinisk kontroll, forsvinner en del av ressursbesparelsen. Som et minimum bør avdelingen ha et system for kontroll av serum-HCG-nivå for å utelukke blæremola.

Litteratur

1. Stray-Pedersen S, Istre O, Dahlstrøm B. Spontan abort. I: Dalaker K, red. Veileder i generell gynekologi. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 9–11.
2. Hemminki E. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 247–53.
3. Nilsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995; 345: 84–6.
4. Chipchase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 840–1.
5. Jurkovic D, Ross JA, Nicolaidis KH. Expectant management of missed miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 670–1.
6. Hurd WW, Whitfield RR, Randolph JF, Kercher ML. Expectant management versus elective curettage for the treatment of spontaneous abortion. *Fertil Steril* 1997; 68: 601–6.
7. Schwarzler P, Holden D, Nielsen S, Hahlin M, Sladkevicius P, Bourne TH. The conservative management of first trimester miscarriages and the use of colour Doppler sonography for patient selection. *Hum Reprod* 1999; 14: 1341–5.
8. Geyman JP, Oliver LM, Sullivan SD. Expectant, medical or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy. A pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12: 55–64.

○

Annonse