

 Fagspesifikke prosedyrer		Generelt dokument	
Extrauterin graviditet – Prosedyre SSHF			Side 1 av 4
Dokument ID: 1.4.8.5-21	Godkjent dato: 08.04.2025	Gyldig til: 08.04.2027	Revisjon: 2.09

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Omfang

Prosedyren omhandler pasienter med extrauterin graviditet.

Hensikt

Sikre at pasienter med extrauterin graviditet får forsvarlig og god behandling.

Ansvar

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Lege, sykepleier og hjelpepleier med ansvar for pasienter med extrauterin graviditet, har ansvar for å følge prosedyren.

Bakgrunn

Graviditet utenfor uterinhulen.

Forekommer i 1-2 % av alle graviditeter. Forekommer hyppigst i tuben (97% i ampullen), kan også forekomme i cervix, ovariet eller andre steder i bukhulen. De viktigste risikofaktorer er: Tidligere ex.u og tubekirurgi, gjennomgått salpingitt, tidligere infertilitet, prevensjonssvikt ved bruk av kobberspiral, eller ved sterilisering.

Interstitiell graviditet (cornual graviditet), cervikal graviditet og graviditet i sectioarret omtales ikke i denne prosedyre.

UTREDNING, OBSERVASJON OG EVENTUELL KONSERVATIV BEHANDLING	
Symptomer	• Vanlige graviditetstegn • urin gravitest positiv • vaginal blødning • Smerter • evt. blødningssjokk.
Aktuelle undersøkelser	• Ultralyd: Evt. pseudogestasjonssekk. Evt. væske ekstrauterint som tegn på blod i bukhulen. Evt "Smultringtegn" i et adnex som uttrykk for ex.u. i tube. Levende foster kan iblant sees utenfor livmoren. • Serum HCG: Langsom S-HCG stigning frem til 7. graviditetsuke, men 1/3 av alle ex.u. pasienter vil ha normal S-HCG utvikling i tidlig fase. Mangel på gestasjonssekk og S-HCG på > 2000 IE/l taler sterkt for ekstrauterin graviditet. • Revisio ; histologisk svar kan gi mistanke om ex.u.
Mottak av pasient	• NEWS/O-NEWS, vurdering av klinisk tilstand(fare for blødningssjokk) • Blodprøver(akutt gyn, s-HCG, type &screen evt.blodbestilling • Evt. gravitest ved uavklart diagnose • Innleggelse av PVK , evt. væske • Holde pasienten fastende
Observasjoner og tiltak	• Vitale målinger i henhold til NEWS-score, oftere ved klinisk forverring • Observer om smertebildet endrer seg • Kartlegg smerte, forsiktighet med smertestillende
Behandling	• Medikamentell eller kirurgisk behandling avhenger av klinikk og funn. • Ekspektanse; Kriterier: Ved HCG under 2000, fallende HCG verdier, klinisk stabil pasient uten tegn til intraabdominell blødning eller smerter.

Utarbeidet av: Victor H.B.Hoverud, Astrid Liavaag,Ingvild Vistad. Trine Lise Herlovsen, Lise Schiefloe	Fagansvarlig: Astrid H.Liavaag, Ingvild Vistad, Eberhart Ruff	Godkjent av: Avd.led. Ole-Georg Torjusen	
--	---	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS		Ekstrauterin graviditet- Prosedyre SSHF			Side: 2
Dokument-id: I.4.8.5-21		Utarbeidet av: Victor H.B.Hoverud, Astrid Liavaag, Ingvild Vistad, Trine Lise Herlovsen, Lise Schiefloe	Fagansvarlig: Astrid H.Liavaag, Ingvild Vistad, Eberhart Ruff	Godkjent dato: 08.04.2025	Godkjent av: Avd.led. Ole-Georg Torjusen
					Revisjon: 2.09

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Kunnskap/utvikling	- Del ut informasjonsskriv: Kikkhullskirurgi ved svangerskap utenfor livmoren (Ekstrauterin graviditet) - Pasientinformasjon SSHF Medisinsk behandling av svangerskap utenfor livmoren-Pasientinformasjon SSHF
---------------------------	---

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Kriterier	- Ønske om å unngå operativ behandling, hemodynamisk stabil pasient, lite smerter, lavt nivå av S-HCG (under 5000), ingen synlig embryonal hjerteaktivitet. - Oppfylning utenfor livmor < 4 cm, og ingen fri væske i buken (fossa Douglasi). - Metotrexat kan også vurderes ved cervical og cornual graviditet uavhengig av HCG-verdier. - Initial S-HCG verdi viktigste prognostiske faktor for behandlingen - Kontraindikasjoner for Metotrexat: Leversykdom, benmargdepresjon, alvorlig nyresykdom
Fremgangsmåte	- Lab.prøver før oppstart med Metotrexat: Hb, Hematokritt, leukocytter, trombocytter, ALAT, kreatinin, elektrolytter. - Info til pasienten om at det er vanlig med smerter første 3-5 døgn etter Metotrexat-behandling - Man kan se en initial HCG stigning, men hvis verdiene stiger fra dag 5-7 bør kirurgi eller ny Metotrexat-dose vurderes. - Metotrexat 50 mg/m² i.m., tilsvarende omtrent 1mg/kg kroppsvekt. Kroppsoverflateberegning - HCG verdiene følges ukentlig til ikke-gravid verdi - Mifepriston (200 mg p.o.) kan vurderes initialt før Metotrexat-behandling - Singeldose Metotrexat i.m. er forbundet med minimale bivirkninger
Komplikasjoner	- Metotrexat-relatert: Sjelden (kvalme, stomatitt, GI-bivirkninger, neutropeni, reversibel alopeci) - Behandlings-relatert: abdominal smerte hos 2/3 av pasientene - Tegn på behandlings-svikt eller tuberuptur: betydelig økende abdominalsmerter, hemodynamisk ustabil, s-HCG titer viser avflating eller manglende fall etter 7 dager

KIRURGISK BEHANDLING

Preoperative forberedelser	- NEWS, vurdere klinisk tilstand - Akutt gyn med type/screening, evt blodbestilling - Innleggelse av venflon evt. væske - Faste Preoperativ hårfjerning, SSHF
Operasjon	- Kriterier: Ved hjerteaksjon hos fosteret, ved stigende HCG, tegn på intraabdominal blødning, sterke smerter. - Laparoskopisk teknikk: Salpingotomi eller salpingectomy avhengig av tubestatus og graviditetsønske. NB.Tidlig tubar graviditet kan oversees. - Laparotomi: Vurderes ved ustabil pasient (BT-fall, presjokk, stor intraabdominal blødning) - Rh profylakse gis til alle Rh-negative

 SØRLANDET SYKEHUS		Ekstrauterin graviditet- Prosedyre SSHF			Side: 3
Dokument-id: I.4.8.5-21		Utarbeidet av: Victor H.B.Hoverud, Astrid Liavaag, Ingvild Vistad, Trine Lise Herlovsen, Lise Schiefloe	Fagansvarlig: Astrid H.Liavaag, Ingvild Vistad, Eberhart Ruff	Godkjent dato: 08.04.2025	Godkjent av: Avd.led. Ole-Georg Torjusen
					Revisjon: 2.09

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Komplikasjoner	• Ved kirurgisk behandling: • Komplikasjoner etter tubotomi kan være blødning eller persisterende trofoblast aktivitet (4-20%) • Hvis nedgangen av s-HCG ikke er tilfredsstillende eller viser avflating/stigende verdier, kan Metotrexat-behandling være et alternativ til reoperasjon • PROGNOSE; Naturlig fertilitet etter ex-u avhenger av kontralaterale tubes funksjon. • Ingen forskjeller i fertilitetsresultater ved laparotomi eller laparoskopi. • Salpingotomi gir høyere intrauterin og høyere fornyet ekstrauterin graviditetsfrekvens sammenliknet med salpingektomi
-----------------------	---

POSTOPERATIV SYKEPLEIE	
Kunnskap/ utvikling	• Informere om hva som er gjort under inngrepet og planlagte undersøkelser og prosedyrer. • Gi skriftlig pasientinformasjon
Sirkulasjon	• Observer med tanke på blødning • TILT ved ankomst sengepost. Videre målinger i henhold til TILT-score, oftere v/klinisk forverring • Hgb –kontroll og evt. s-HCG
Respirasjon	• Adminstrere oksygen som forordnet
Ernæring/ væske/ elektrolytt-balanse	• Administrere iv som forordnet • Måle drikke • Kan spise og drikke når de er våkne og stabile.
Eliminasjon	• Obs. spontanurin(evt. blærescannet) • Kateterisere ved behov. Blærevolumet bør ikke overstige 400 ml
Hud/vev/sår	Laparoskopisnitt • Sårene dekkes av steril bandasje minimum 24 timer • Bandasjen forsterkes ved gjennomsviv første 24 timer • Dusjing tillates etter 24 timer • Bytt bandasje og inspiser såret utskrivelsesdagen Åpen operasjon • Såret dekkes av steril bandasje minimum 48 timer • Bandasjen forsterkes ved gjennomsviv første 24 timer • Dusjing tillates etter 48 timer • Bytt bandasje og inspiser såret utskrivelsesdagen
Aktivitet	• Pleier er hos pasienten ved første mobilisering • Evt. tromboseprofylakse • Vurdere behov for fysioterapi ved laparotomi
Smerte	• Kartlegge smerte og evaluere effekt av smertestillende ved hjelp av NRS • Administrere smertestillende etter ordinasjon • Mål: NRS ≤ 3 i ro og i aktivitet

 SØRLANDET SYKEHUS	Ekstrauterin graviditet- Prosedyre SSHF				Side: 4 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.5-21	Utarbeidet av: Victor H.B.Hoverud, Astrid Liavaag, Ingvild Vistad, Trine Lise Herlovsen, Lise Schiefloe	Fagansvarlig: Astrid H.Liavaag, Ingvild Vistad, Eberhart Ruff	Godkjent dato: 08.04.2025	Godkjent av: Avd.led. Ole-Georg Torjusen	Revisjon: 2.09

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Seksualitet/ reproduksjon	• Avvente ny graviditet til etter 2 normale menstruasjoner. • Ved Metothrexat behandling bør ny graviditet avventes i 3 mnd. • Unngå samleie i to uker
Planlegging av utskrivelse	• Pasienten er oppegående og selvhjulpen • Pasienten spiser og drikker • Pasienten er ikke kvalm og er tilfredsstillende smertelindret av tabletter • Pasienten har hatt luftavgang (eller avføring) • Såret på magen er tørt og uten infeksjonstegn • Sykemelding etter individuelt behov • Pasienten er tilstrekkelig informert om videre plan, oppfølging og forholdsregler • Utskrivelsessamtale med lege
Oppfølging	• Ved salpingotomi, ekspektans eller kjemoterapi må pasienten følges med S-HCG (halveringstid for S-HCG er ca 1,5 døgn) • Den første prøven tas 1. postoperative dag og deretter ukentlig til ikke –gravid verdi • Ved HCG fall < 15 % av initial verdi etter en uke bør man vurdere ytterligere en dose Metotrexat eller kirurgi. • Legge inn bestilling på s-HCG til kontroll

Kryssreferanser

[I.5.1.7-10](#)

[Kikkhullskirurgi ved svangerskap utenfor livmoren \(Ekstrauterin graviditet\) - Pasientinformasjon SSHF](#)

[II.SOA.AIO.SSA.2.4.2-1](#)

[EPIDURALANESTESI PERI-/ POSTOPERATIVT, ANESTESIRUTINE, SSA](#)

[II.SOA.AIO.SSA.2.4.2-2](#)

[Epiduralanestesi postoperativt - Praktisk håndtering](#)

[II.SOA.AIO.OPA.2.div-](#)

[Preoperativ hårfjerning, SSHF](#)

[77](#)

Eksterne referanser

[9.11 Veileder i generell gynekologi 2009](#)

Kvalitetshåndbok Kvinneklinikken SUS