

Extrauterin graviditet, methotraxate

Faktaägare:

Etiologi

Cirka 1-2 % av alla graviditeter blir en extrauterin graviditet. 95 % av de extrauterina grav är placerade i tuban och återstoden kan hamna i cervix, ovarier, parametriet eller intraabdominellt. De flesta X är följden av en tidigare tubarskada. Tidigare salpingit, X, adnexoperation eller verifierad endometrios bör öka misstanken. IVF är en riskfaktor. Om graviditeten uppstår i en spiralbärare, är den oftast X. Studier har visat att upp till 69 % av alla X resorberas spontant.

Diagnos

Diagnosen är klinisk och grundas på anamnes, gynekologisk undersökning, ultraljud och (ofta upprepade) S-HCG-värden. Avsaknad av intrauterin hinnsäck vid S-HCG > 1500 kan räknas som X i första hand.

I typiska fall en tubar X visualiseras med ultraljud oftast när det är > 2cm och ses som en rundad eller spolförmad förändring mellan uterus och ovariet. Andra fynd kan vara: extrauterin hinnsäck, ökad mängd vätska i fössa Douglasi (>300 ml), komplex tubo-ovariell bild, *pseudohinnsäck* (central belägen vätska/blod från deciduaomvandlad slemhinna och saknar dubbelkontur medan en hinnsäck alltid är belägen excentriskt i endometriet och har dubbelkontur). Ultraljuds fynd beskrivs i journalen och bilder sparas i View Point.

* I vissa fall måste exeres med snabbsvar på PAD göras innan diagnosen är klar (Dock falskt negativ i 20 % men om S-HCG sjunker minst 15 % till dagen efter, talar det för att intrauterin graviditet evakuerats).

Handläggning

- Patientens *symtom och kliniska bild* är avgörande för utredning och behandling.
- Extrauterin graviditet kan vara en *potentiellt livsfarlig* sjukdom och ska behandlas därefter.
- *Kirurgisk behandling* är i de flesta fall förstahandsalternativ, men i utvalda fall kan patienten behandlas exspektativt eller medicinskt.

Operativ handläggning

1. Laparoskopi

Kan väljas om pat är cirkulatoriskt stabil och har en begränsad blödning.

- **Radikal teknik vid tubargraviditet**

Förstahandsmetod som består av salpingektomi alt. resektion av del av tuban(tubarresektion).

HCG värden behöver ej kontrolleras postop.

- **Konservativ teknik vid tubargraviditet**

Kan väljas om patienten önskar ha kvar möjlighet till spontan graviditet och den andra tuban redan är skadad eller exstirperad alternativt om annan fertilitetsbehandling ej är möjlig.

Tubotomi; tuban öppnas över graviditeten, ev. efter föregående injektion av Carbocain adrenalin som hemostas. Grav extraheras. Noggrann hemostas kontroll. Tubotomin lämnas öppen för sekundärläkning.

Patienten ska välinformerats och kan nås för uppföljning.

Konservativa operationsmetoder kan med fördel kompletteras med Methotrexate(MTX) IM postop, speciellt när hCG inte sjunker mer än 50% i 24 timmar. Denna gers enl dosering vid medicinsk behandling, då det kan vara svårt att säkert få bort all graviditetsvävnad vid operation. Pat ska följas enl. riktlinjer för enbart MTX behandling.

2.Laparotomi:

Bör väljas om patienten är i chock och man misstänker en pågående större intraabdominell blödning. Bör också väljas om laparoskopi utrustning och/eller operationsassistans inte är optimal eller om man inte är förtrogen med den laparoskopiska tekniken.

Exspektativ handläggning

Förutsätter;

1. Väsentligen symtomlös patient
2. HCG <2000 och sjunkande värden
3. Blod/vätska i buken <50ml som motsvaras grovt av < 2cm mätt ant.-post.
4. Tubarresistens < 2 cm
5. Inget synligt foster

- Pat följs polikliniskt med S-HCG tills värdet ej är mätbart. Initialt ex provtagning 1- 2gg/vecka som sedan glesas ut beroende på provsvar. Pat ombeds ta kontakt om symtom tillkommer.
- Fyll i S-HCG protokoll i datorn.
- Viktigt att kontakt med patienten upprätthålls under hela vårdtiden. Erbjud stöd av kurator vb.

Medicinsk handläggning med Methotrexate

Förutsätter;

I princip samma kriterier som vid exspektativ handläggning men pat. kan tillåtas ha HCG värden upp till 5000. Mest dokumentation finns för intramuskulär injektion. Biverkningar är sällsynta.

Injektion ges av personalen på Onkologiska dagsjukvården plan 3. Injektion kan administreras tis eller tors kl.17.00. Remiss skrivs till onkologmottagningen. Onkologmottagningen har remissgenomgång varje dag kl.11.30. Vid kort varsel för besök ring tel.7154 alt. 8555. Remiss ska dock alltid skrivas. Ordinationen ska göras i Cosmic så att ssk på onkologen kan signera när injektionen är given.

- Methotrexate är en antimetabolit (folsyreantagonist) som förhindrar växt av snabbt delande celler genom att påverka DNAsyntesen. Den har god effekt på graviditetsvävnad såväl intra- som extrauterint och även på mola och choriocarcinom.
- Kontraindikationer är grav njur- och leverinsufficiens, amning, pågående infektion, tecken till ruptur av extrauterin grav och Heterotopik
- Inför behandlingsstart tas HCG och blodstatus. ASAT, ALAT och kreatinin bör också tas. Om onormala provsvar ska ordinerande doktor kontaktas för bedömning om behandling kan ges.
- Doseras 1mg/kg, max 100 mg im. Som engångsdos.
- Ny provtagning och undersökning i en vecka efter given dos, då tas HCG och blodstatus. Överväg också förnyad provtagning avseende ASAT, ALAT och kreatinin.
- Fortsatta kontroller av HCG 1 gång i veckan tills värdet är omätbart. Vid snabbt sjunkande värden räcker det med mätning var 14:e dag och vid mycket låga värden kan mätningen bestå av urin-HCG.
- Vid plattvärde kan ny injektion alt operation övervägas.
- Det är inte ovanligt att pat. får buksmärter ett par dagar efter Metotrexate-behandling, ibland beroende på en blödning som retar peritoneum. Vid svåra buksmärter, patienten ska komma för undersökning, ultraljud och Hcg. Om inga tecken på större intraabdominell blödning behöver patienten inte opereras.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare