

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Habituell abort</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 07.04.2017/17.08.2019
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklubben/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 1.03
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36582

Definisjon

- Tre eller flere påfølgende spontanaborter i klinisk erkjente svangerskap med samme partner

Forekomst

- 0,5 - 1 % blant gravide
- Omtrent 2/3 har hatt første trimesteraborter, 1/3 andre trimesteraborter

Etiologi

- Årsaksforhold omdiskutert
- Hos ca halvparten påvises ingen "sikker" årsak
- Følgende faktorer er årsak til eller har assosiasjon med habituell abort, ingen oppfattes som absolutte (dvs. at de gir 100 % risiko for spontan abort i neste svangerskap)
 - Genetiske, f.eks. translokasjonsbærertilstand hos mannen og/eller kvinnen (3-5%)
 - Anatomiske, f.eks. uterine misdannelser: Müllerske defekter (septum, andre uterine misdannelser), synekier, submukøse myomer og endometriepolypper (1.8-33.6 %)
 - Cervixinsufficiens (1-2%)
 - Immunologiske: autoimmune, f.eks. antifosfolipidsyndrom (5-15%)
 - Hormonelle, f.eks. dårlig regulert diabetes mellitus eller thyreoidealidelse

Risikofaktorer

- Økende alder (> 40 år: 35 % risiko for abort)
- Økende antall aborter
- Røyking

Diagnostikk

- Etiologisk faktor hos paret kan maksimalt påvises hos 30-40 %
- Undersøkelser
 - Generell og gynekologisk/obstetrisk anamnese: Tidligere svangerskap, tidspunkt for spontanabort, klinisk-/biokjemisk graviditet
 - Karyotyping av paret (IV)
 - Cytogenetisk testing av abortmateriale i utvalgte tilfeller. Det er en viktig prognostisk faktor for utfall av nytt svangerskap. Ikke tradisjon for dette i Norge, konferer med genetiske laboratorium (IV)
 - Vaginal ultralydundersøkelse av uterus og ovarier, evt ultralydmålinger av cervikalkanalen
 - Blodprøver av kvinnen: cardioliipin antistoff og lupus antikoagulant (I). For å diagnostisere antifosfolipid antistoffsyndrom (APLA) skal pasienten ha to positive prøver (enten cardioliipin antistoff eller lupus antikoagulant eller begge) med seks ukers mellomrom i tillegg til habituell abort (eller arteriell eller venøs trombose)
 - Andre trombofilier: Faktor V Leiden, protrombin genmutasjon, protein S, C eller antitrombin mangel har en mulig assosiasjon med

habituell abort, men der foreligger ingen god dokumentasjon for profylaktisk behandling per i dag. Pasienter med økt risiko for venøs trombose bør testes

- Saltvanninstillering for å vurdere uterinkaviteten, evt. hysteroskopi
- Andre immunologiske undersøkelser har liten praktisk betydning. HLA-typing og antipaternelle antistoffer anbefales ikke (Ia)
- Rutinescreening av okkult diabetes (glukosetoleranse test) eller thyroideasykdom (TSH, FT₄ eller TPO) anbefales ikke (III). Etablert sykdom bør imidlertid være godt regulert

Behandling

Genetisk veiledning

- Prekonsepsjonell genetisk veiledning og evt. tilbud om prenatal diagnostikk i neste svangerskap, ved påvist genetiske defekter

Kirurgi

- Hysteroskopisk septumreseksjon (III). Kan vurderes

Cerclage

- I neste svangerskap, usikker effekt (12.-14. uke) (Ib)

Hormonell

- Progesteron eller hCG, ikke dokumentert effekt, anbefales ikke med mindre det inngår i en kontrollert studie (Ib)

Antikoagulasjon

- **Antifosfolipid antistoffsyndrom (APLA)**
 - Lavdose *acetylsalicylsyre* (ASA) og *ufraksjonert heparin* (UH) hele svangerskapet har dokumentert effekt. (Ia) Kombinasjon av ASA 75 mg og LMVH (Fragmin® 5000 IE x 1 eller Klexane® 40 mg x 1 daglig) er ikke dokumentert. De antas at LMWH gir tilsvarende effekt som UH og har mindre bivirkninger og således bør foretrekkes
 - Behandling med kortikosteroider, ikke dokumentert effekt ved APLA (Ib)
- **Andre trombofilier**
 - Faktor V Leiden, protrombin genmutasjon, protein C, S eller antitrombinmangel. Foreløpig ingen dokumentasjon på antikoagulasjonsbehandling til denne gruppen med mindre de har risiko for venøs trombose i tillegg

Annen behandling

- Immuniseringsbehandling med gammaglobulin, blodtransfusjon, leukocyt- eller lymfocytinjeksjoner frarådes (Ia)

Annet

- Fordi psykogene faktorer/placeboeffekter kan være av betydning bør det legges vekt på et godt lege-pasientforhold (III)
- Hyppige svangerskapskontroller
- Liberal med ultralydundersøkelse til "abortfaren" er over (III)
- Vanlig daglig aktivitet kan anbefales. Nytte av sykmelding ikke dokumentert

Oppfølging

- Individuell

Prognose

- Uten behandling: 30-50 % risiko for ny spontanabort, aldersavhengig (III)

- Med behandling: Generelt lavere risiko (25 %) (III)

Råd

- Ikke utredning før tre kliniske spontanaborter