

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Ciresa-König A

**Die Behandlung des frühen Aborts: Ist die
medikamentöse Therapie eine wirkliche Alternative
zur Curettage?**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2014; 32 (4)
(Ausgabe für Österreich), 12-14*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2014; 32 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 12-14*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

SPECULUM

e-Abo **kostenlos**

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Speculum und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Speculum. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Speculum

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Die Behandlung des frühen Aborts: Ist die medikamentöse Therapie eine wirkliche Alternative zur Curettage?

A. Ciresa-König

Über Jahrzehnte stellten Abortabasio oder Saugcurettage Methoden der Wahl zur Beendigung eines verhaltenen Abortes im ersten Trimenon dar. Erst als in den 1970er-Jahren die Wirkung der Prostaglandine auch auf die frühe Schwangerschaft untersucht wurde, entstanden Bestrebungen, eine abgestorbene Schwangerschaft durch medikamentöse Behandlung zu beenden. Die Entwicklung von Mifepriston war ein weiterer Schritt in Richtung medikamentöse Beendigung einer gestörten Gravidität.

Dies führte dazu, dass zahlreiche, allerdings oft auch kleine Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit sowie Dosisfindung der Medikamente durchgeführt wurden. Die Auswertung der Untersuchungen zeigte Akzeptanz bei den Patientinnen und eine Erfolgsrate zwischen 80 und 90 % abhängig von Schwangerschaftswoche, Dosierung, Applikationsweg, Beachtung der Kontraindikationen, Behandlung der Nebenwirkungen und v. a. Definition des „Erfolges“ [1–4].

Nach wie vor scheuen sich aber viele Gynäkologen davor, eine medikamentöse Therapie der Schwangerschaftsbeendigung als Alternative zur Curettage anzubieten, und dies, obwohl zahlreiche Studien zeigen konnten, dass sowohl expektatives Vorgehen [5] als auch die medikamentöse Abortinduktion sichere Methoden in der Behandlung von Patientinnen mit gestörter/abgestorbener Schwangerschaft sind. Allerdings ist Mifepriston/Misoprostol (Mifegyne/Cyproston) in Österreich derzeit nicht für die Behandlung von Aborten zugelassen.

Wir entschlossen uns trotzdem, die Applikation von Misoprostol bis zur 12. SSW

(55 mm SSL) „off-label“ als tagesklinische Behandlung einzuführen – tagesklinisch, um einerseits eine bessere und standardisierte Schmerz- und antiemetische Therapie durchführen zu können und andererseits die Patientinnen auch psychosozial besser zu betreuen. Nach der 13. SSW wird von uns dasselbe Vorgehen vollstationär empfohlen, da höhere Gaben von Cyproston bis zum Gewebsabgang notwendig werden können [6] und Blutung und Schmerzen oft deutlich stärker ausfallen. Ab der 14. SSW erhöhen wir auch die Dosis von Mifepriston von 200 auf 600 mg.

An der Frauenklinik in Innsbruck wurde eine Auswertung der Erfolgsquote 6 Jahre nach Einführung der medikamentösen Abortinduktionen durchgeführt [7]. Das Regime wurde entsprechend der eigenen klinischen Erkenntnisse und der internationalen Studien angepasst und wiederum nach einem Jahr (01.03.2012–28.02.2013) ausgewertet. Daraus erfolgte eine Adaptierung des Patienteneinwilligungsbogens (siehe „Für Ärzte“, „Leitlinien und Formulare“ unter www.frauenklinik.at) und eine neuerliche Optimierung des klinischen Ablaufs, was sich nun in einer Erfolgsquote von 85 % und hoher Patientenzufriedenheit niederschlägt.

Ausschlaggebend für die höhere Erfolgsquote und auch Patientinnenzufriedenheit bis zur 12. SSW waren mehrere Faktoren:

- Wertungsfreies Aufklärungsgespräch (ev. mit Dolmetscher) mit Angebot der 3 Möglichkeiten „Abwarten“, „Operation“ oder „medikamentöse Therapie“ mit Einbindung der Entscheidung in die psychosoziale Situation der Patientin und Aushändigung eines Aufklärungsbogens

Tabelle 1: Leitfaden

1. Gestörte Gravidität („miscarriage“, „blighted ovum“) bis zur 12. SSW (max. SSL 55 mm)	
Ambulanz	SSW berechnen, klinische Untersuchung, EU ausschließen, sonographisches Gestationsalter bestimmen (Fruchtsack muss sichtbar > 5 mm sein!), BG/Rh + Labor für Aufnahme abnehmen! Aufklärung: Abwarten (Ko 2 Wo vereinbaren) oder medikamentöses Vorgehen (Mifegyne/Cyproston) oder chirurgisches Vorgehen (Abrasio/Saugcurettag) anhand des Aufklärungsbogens
Therapie mit Mifepriston/Misoprostol (Mifegyne/Cyproston) Nach Ausschluss von Kontraindikationen: entzündliche Darmerkrankung, Z. n. mehrfacher Uterus-Op, schwerwiegendes Asthma, septischer Abort	
Ambulanz	Einverständniserklärung unterschreiben lassen (Versagerquote ca. 15 %) 1 Tbl. Mifegyne oral in Ambulanz verabreichen, 36–48 h später tagesklinische Aufnahme um 7:15 h nicht nüchtern
Tagesklinik	7:30 h: vag. Sonographie, Leitung legen, 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v., 4 Tbl. Cyproston vaginal vom Stationsarzt mit Spiegeleinstellung zu applizieren + Paracetamol 1000 mg i.v. + ev. zusätzliche Schmerzmedikation (Diclofenac/Naproxen ...) Aufklärung über Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung (med. Psychologie) Bei Gewebeabgang: sonographische Kontrolle Wenn tolerable Blutung, kein Fruchtsack mehr und Endometrium < 20 mm (= Abortus completus): Entlassung nach ev. Rh-Prophylaxe, Sono-Ko nach 6 Wochen Wenn kein (kompletter) Abgang (= FS noch sichtbar oder Endometrium > 20 mm), tolerable Blutung: Demissio nach ev. Rh-Prophylaxe und Aufklärung über weitere Blutung; Abgangswahrscheinlichkeit ca. 70 % innerhalb von 7 Tagen! Sonographische Kontrolle nach 1 Woche in allg. Ambulanz
Ambulanz Ko 1 Wo	Wenn kein FS und Endo < 20 mm (= Abortus completus): Ko beim Facharzt in 6 Wochen Wenn FS oder größer, durchbluteter Rest noch sichtbar: stationäre Aufnahme für Curettage (oder 2. Versuch mit 4 Cyproston vaginal mgl.)
2. Gestörte Gravidität SSW 12+1 bis 13+6 (SSL 55–70 mm)	
Ambulanz	SSW berechnen, Untersuchung, sonographisches Gestationsalter bestimmen, BG/Rh-Faktor + Labor für Aufnahme abnehmen! Aufklärung: med. Vorgehen (Mifegyne/Cyproston), kann bis zu 72 h dauern! Aufklärung unterschreiben lassen (Versagerquote ca. 20 %) 1 Tbl. Mifegyne oral in Amb., 36–48 h später stat. Aufnahme 8:00 h nicht nüchtern!
Station	8:00 h Leitung legen, 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v., 4 Tbl. Cyproston vaginal vom Stationsarzt zu applizieren + Paracetamol 1000 mg i.v. + ev. Gabe von bedarfsgerechter zusätzlicher Schmerzmedikation (Diclofenac/Naproxen ...) Gewebeabgang: Sono-Ko, wenn tolerable Blutung, kein Fruchtsack/Fetus mehr darstellbar und Endometrium < 20 mm (= Abortus completus): Demissio, ev. Rh-Prophylaxe! Sono-Ko nach 6 Wochen Aufklärung der Patientin: Blutung kann noch bis zu 21 Tage dauern! Wenn kein Abgang, Cyproston 2 Tbl. oral 14:00 h, danach Pause Tag 2, 8:00 h: 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v. + 4 Tbl. Cyproston vaginal; 14:00 h: 2 Tbl. Cyproston oral + i.v. Schmerzmedikation, Pause über Nacht Oberärztliche Entscheidung bzgl. weiterem Vorgehen am Tag 3: nüchtern Abrasio oder Nalador
3. Gestörte Gravidität ab SSW 14+0 (SSL > 70 mm)	
Ambulanz	Aufklärung: medikamentöses Vorgehen, kann bis zu 3 Tage dauern! Verabreichung 3 Tbl. Mifegyne, stationäre Aufnahme 48 h später
Station	8:00 h: Cyproston 2 Tbl. alle 4 Stunden (max. 1200 mg/24 h über maximal 2 Tage) oder osmotische Zervixdilatation (z. B. Dilapan) bei Z. n. Sectio, dann Sulproston lt. oberärztlicher Anordnung

- Tagesklinisches Setting mit zügigem Therapiebeginn am Morgen bis zur 12. SSW nicht nüchtern
- Rechtzeitige i.v. antiemetische und Schmerztherapie
- Optimierung der Dosierung und des Applikationsweges der verabreichten Medikamente: ambulante Verabreichung von Mifepriston 200 mg oral, 36–48 Stunden später vaginale Applikation von 800 mg Misoprostol als Einzeldosis mittels Spiegeleinstellung in den Fornix oder CK durch einen Arzt (früher orale Verabreichung niedrigerer Einzeldosierungen in 4-stündlichen Intervallen)
- Angebot der psychosozialen Unterstützung
- Ausdehnung des Kontrollintervalls (Sonographie) nach erfolgreicher medikamentöser Abortinduktion auf 6 Wochen nach Intervention
- Aufklärung, dass die vaginale Blutung 3–4 Wochen dauern kann, aber eine Schwangerschaft theoretisch in Kürze wieder eintreten kann

In der Folge entstand ein hausinterner „Leitfaden“ für unsere Ärzte, der den Ablauf der Behandlung unserer Patientinnen mit gestörter Schwangerschaft systematisch regelt (Tab. 1).

Unsere Erfahrungen mit der medikamentösen Abortinduktion mittels Mifegyne/Cyprosetol sind eindeutig positiv und haben sich durch die Optimierung des klinischen Ablaufs noch weiter gebessert. Am wichtigsten scheint uns nach wie vor eine ausführliche Aufklärung zu sein, die die eventuell verstärkte bzw. verlängerte Blutung, den möglicherweise auftretenden Schmerz und die Versagerquote von ca. 15 % beinhalten

soll. Unter diesen Voraussetzungen sehen wir die Anwendung von Mifegyne/Cyprosetol als gute alternative Behandlungsmethode zur Curettage zur Beendigung einer gestörten Schwangerschaft.

LITERATUR:

1. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (3): CD007223.
2. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (11): CD002855.
3. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, et al. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception* 2013; 87: 26–37.
4. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al. National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med* 2005; 353: 761–9.
5. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, et al. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 223–7.
6. Wildschut H, Both MI, Medema S, et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1): CD005216.
7. Colleselli V, Schreiber CA, D'Costa E, et al. Medical management of early pregnancy failure (EPF): a retrospective analysis of a combined protocol of mifepristone and misoprostol used in clinical practice. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289: 1341–5.

Korrespondenzadresse:

*OÄ Dr. Alexandra Ciresa-König
Department Frauenheilkunde
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: a.ciresa-koenig@i-med.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)