



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Präsident
Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Ärztlicher Direktor
Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
D – 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 514883333
Telefax: +49 (0) 30 51488344
info@dggg.de
www.dggg.de

DGGG-Stellungnahmensekretariat
Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 21-23
91054 Erlangen
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063
+49 (0) 9131-85-33507
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951
E-Mail: fk-dggg-stellungnahmen@uk-
erlangen.de
www.frauenklinik-uk-erlangen.de

09.06.2015

218. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Vorgehen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Speziell stellen sich die folgenden Fragen:

1. Verabreichung der Medikamente nicht in der ärztlichen Praxis
2. Nachuntersuchung / Warten auf Abbruchblutung
3. Prostaglandine allein (keine vorherige Gabe von Mifegyne®)

Grundsätzliche Empfehlungen zum Vorgehen bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch:

Bis zum 49. Tag

- Zunächst Gabe von 600 mg Mifepriston oral (3 Tabletten Mifegyne®). Dies sollte nach wie vor „unter Aufsicht“ erfolgen. Nach der Einnahme kann die Patientin nach Hause gehen
- Alternativ kann laut europäischer Zulassung auch 200 mg Mifepriston (1 Tablette Mifegyne®) als Einzeldosis oral gegeben werden.
- 36 bis 48 Stunden später erfolgt dann die Verabreichung des Prostaglandins
 - 600-800 µg (3-4 Tbl.) Misoprostol (Cytotec®) oral oder vaginal
 - 0,5 - 1 mg Gemeprost (Cergem®) vaginal



Zwischen dem 50. und dem 63. Tag

- Gabe von 600 mg Mifepriston (3 Tabletten Mifegyne[®]) oral oder alternativ 200 mg Mifepriston (1 Tablette Mifegyne[®]) als Einzeldosis.
- 36 bis 48 Stunden später erfolgt die Gabe des Prostaglandins
 - 800 µg (= 4 Tabletten) Misoprostol (Cytotec[®])
 - 0,5 - 1 mg Gemeprost (Cergem[®]) vaginal

Im Gegensatz zu dieser europäischen Zulassung sehen die meisten evidenzbasierten Therapieempfehlungen schon seit langem nicht mehr Cergem[®], sondern die Anwendung von Cytotec[®] vor.

Mit der Einnahme von Mifegyne[®] wird ein Prozess in Gang gesetzt, der nicht mehr rückgängig zu machen ist. Auch wenn die Schwangere kein Prostaglandin einnehmen würde, käme es in 60 bis 80 % der Fälle zu einem Abbruch.

1. Prostaglandingabe ohne Mifepriston

Grundsätzlich ist ein Abbruch auch jeweils mit Mifegyne[®] oder Cytotec[®] alleine möglich. Der Sinn der Kombination besteht jedoch in der besseren Wirksamkeit bei gleichzeitiger Reduzierung der Nebenwirkungen.

Eine Vorbehandlung mit Mifegyne[®] kann den Ablauf des Schwangerschaftsabbruchs beschleunigen, da der Wirkstoff den Muttermund bereits öffnet und zudem das Myometrium für Prostaglandine sensibilisiert.

2. Ort der Medikamenteneinnahme

Mifepriston (Mifegyne[®]) sollte nach wie vor „unter Aufsicht“ in der ärztlichen Praxis eingenommen werden.

Die in der alten Zulassung geforderte Empfehlung, dass die nachfolgende Prostaglandin-Einnahme in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis erfolgen soll und die Schwangere ca. 3 Stunden unter ärztlicher Beobachtung verbleiben müsse ist nicht evidenzbasiert.

Für Gemeprost gibt es derzeit keine Studien oder Empfehlungen über die Applikation zu Hause. In verschiedenen Ländern erfolgt die Einnahme des Prostaglandins Misoprostol bereits seit der Zulassung von Mifepriston (Mifegyne[®]) im Jahr 2000 zu Hause. In Schweden gibt es seit September 2004 die offizielle Empfehlung, Frauen die Wahlmöglichkeit zwischen der Einnahme in einer medizinischen Einrichtung und zu Hause zu geben. Die Praxis zeigt, dass bei ausreichender Aufklärung und guter Erreichbarkeit der verantwortlichen Einrichtung die orale oder vaginale



Applikation von Misoprostol (Cytotec®) zu Hause sicher ist und von den meisten Frauen bevorzugt wird. Schwere Komplikationen wie eine sehr starke Blutung treten sehr selten auf und wenn, dann praktisch immer nach Ablauf der drei Stunden, die die Frauen gemäß der alten Regelung unter Aufsicht verbleiben sollen.

Mehrere Studien ließen den Patientinnen die Wahl zwischen der Prostaglandin (Cytotec®)-Einnahme zu Hause oder in der Einrichtung. Übereinstimmend zeigte sich, dass die meisten Frauen die Einnahme zu Hause bevorzugten und diese Entscheidung auch im Nachhinein für richtig hielten. Dass damit statt drei nur noch zwei Besuche in der Institution notwendig waren, wurde als sehr positiv empfunden. Großen Wert legten die Frauen jedoch auf eine freie Wahlmöglichkeit. Medizinische Komplikationen wurden nicht beschrieben.

Aufgrund der eindeutigen Studienergebnisse sowie der klinischen Erfahrung enthält die europäische Zulassung seit 2008 keinen Hinweis mehr darauf, wo das Prostaglandin eingenommen werden soll.

Literatur

Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:647-53.

Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home selfadministration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod* 2010;25:1153-7.

Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004;70:387-92.

3. Routineuntersuchung

Eine Routineuntersuchung, ob vaginal-gynäkologisch oder mit Ultraschall, ist vor bzw. kurz nach der Einnahme von Misoprostol nicht sinnvoll. Wenn die Patientinnen angeben, dass bereits nach der Einnahme von Mifegyne® eine überregelstarke Blutung erfolgte, kann eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden, die in seltenen Fällen einen kompletten Abort belegt. In diesen Fällen kann dann die Misoprostol-Einnahme ausnahmsweise entfallen.

Eine Kontrolluntersuchung sollte gemacht werden, um die Ausstoßung zu bestätigen. Hierfür ist entweder eine Ultraschalluntersuchung oder eine β -hCG-Kontrollbestimmung notwendig. Basierend auf der publizierten Literatur sowie den klinischen Erfahrungen kann diese Untersuchung innerhalb eines Zeitraums von sieben bis 21 Tagen stattfinden.



Medikamentöser Abbruch nach dem 63. Tag

Abbrüche im II. oder III. Trimenon aufgrund einer medizinischen Indikation sind für alle Beteiligten eine große Belastung. Umso wichtiger ist eine schonende und rasche Behandlung mit möglichst wenigen Nebenwirkungen. Hier hat Mifegyne® die Therapie im Vergleich mit der früher üblichen alleinigen Prostaglandingabe maßgeblich verbessert.

Der Ausgangsbefund in diesen Fällen ist fast immer ein geschlossener Muttermund. Wenn in dieser Ausgangssituation Prostaglandine gegeben werden, öffnet sich der Muttermund durch die Kontraktionen in einem langwierigen und für die Patientin schmerzhaften Prozess. Eine Vorbehandlung mit Mifegyne® kann diesen Prozess deutlich beschleunigen, da der Wirkstoff den Muttermund bereits öffnet und zudem das Myometrium für Prostaglandine sensibilisiert. Wird etwa 24 Stunden nach der Einnahme von Mifegyne® ein Prostaglandin verabreicht, z. B. zwei Tabletten Cytotec®, so erfolgt eine rasche Ausstoßung, die aufgrund des bereits geöffneten Muttermundes weniger schmerzhaft als ohne Vorbereitung mit Mifepriston ist. Das Prostaglandin kann zudem geringer dosiert werden, da das Myometrium bereits dafür sensibilisiert ist. Findet die Ausstoßung nicht gleich statt, kann die Gabe des Prostaglandins nach drei Stunden wiederholt werden, falls nötig mehrfach.

Die Stellungnahme wurde von Herrn PD Dr. med. Dietmar Schlembach, Klinik für Geburtstmedizin, Vivantes Klinikum Neuköln, erstellt.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Leitlinienbeauftragter DGGG