

## Stellungnahme der OEGGG zur medikamentösen Abortinduktion bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch

### Hintergrund

Eine Abortinduktion kann grundsätzlich medikamentös oder chirurgisch erfolgen. Mifepriston mit Misoprostol ist hierbei die am häufigsten angewandte Medikamentenkombination (1). Die Effektivität wurde sowohl im Falle einer Abortio als auch bei Missed Abortion nachgewiesen. Mifepriston mit und ohne Kombination mit Misoprostol wird regelmäßig ambulant appliziert. Nur in wenigen Fällen wird eine tagesstationäre Aufnahme bzw. Observanz benötigt.

Im Gegensatz zur Abortcurettage ist also keine operative Maßnahme und Narkose notwendig, was viele Frauen als sehr angenehm empfinden. Allerdings ist die Dauer der Behandlung bei medikamentöser Abortinduktion vergleichsweise länger, es kommt häufiger zu Blutungen und Bauchkrämpfen und es sind mehrere ärztliche Kontrolltermine erforderlich.

### Medikamente

- **Mifepriston (Mifegyne®)**  
Progesteron-Rezeptor Antagonist, welcher zu dezidualer Nekrose, cervicaler Aufweichung und vermehrter uteriner Kontraktilität sowie Prostaglandinsensitivität führt. In der Regel wird Mifepriston 1-2 Tage bzw. 24-48 h vor Misoprostol appliziert, auch wenn es Hinweise gibt, dass eine gleichzeitige Gabe gleich effektiv ist (3).
- **Misoprostol (Topogyne®, Cyprostol®)**  
Prostaglandin E<sub>1</sub> Analogon, welches zu uterinen Kontraktionen und Muttermundseröffnung führt. Einsatz in der Gynäkologie war lange Zeit eine sog. off-label Gabe (**Cyprostol®**). Seit dem 01.05.2020 ist in Österreich Topogyne® für die medikamentöse Abortinduktion zugelassen. Die Verabreichung kann vaginal oder peroral (buccal) bzw. sublingual erfolgen.  
Eine alleinige Gabe von Misoprostol ist weniger effektiv als in Kombination mit Mifepriston (2,4, 5).

### Effektivität, Sicherheit und Nebenwirkungen

Insgesamt beträgt die Effektivität einer medikamentösen Abortinduktion etwa 95%. Diese ist umso höher, je früher die medikamentöse Abortinduktion in der Schwangerschaft erfolgt (6-7).

Bei einem Schwangerschaftsalter unter 49 Tagen p.m. (7. SSW) beträgt die Erfolgsrate 96-98% im Vergleich zu 95-96% bei einem Schwangerschaftsalter unter 63 Tagen p.m. (9. SSW).

Die Gabe von Mifepriston und Misoprostol ist sicher und zeigt eine geringe Rate an Nebenwirkungen. Diese beinhalten Blutungen, welche einer Bluttransfusion bedürfen (<0,1%), Infektionen (Endometritis), welche eine Antibiose nach sich ziehen (<0,1%), sowie stationäre Aufnahme (<1%). Die Mehrheit der Patientinnen berichtet über Krämpfe oder Blutungen. Hierbei handelt es sich um physiologische Abstoßungsreaktionen. Eine Notfallcurettage aufgrund von exzessiven Blutungen ist selten erforderlich, weniger als 1% der Frauen bedürfen einer operativen Intervention (9).

Bei Gabe von Mifepriston wird über Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerzen, Schweißausbrüche und Schwindel berichtet. Misoprostol ist mit gastrointestinalen Nebenwirkungen assoziiert, welche im Falle einer vaginalen Administration weniger stark ausgeprägt sind. Bei Schmerzen können NSAR zum Einsatz kommen.

**\*Es wird empfohlen, sich an die offiziellen Fachinformationen der angewandten Medikamente zu halten.**

**Schematischer Ablauf der medikamentösen Abortinduktion bis zum 63 d post menstruationem:**

- 1 Feststellung der intrauterinen Schwangerschaft und des Schwangerschaftsalters (SSW < 63 d post menstruationem bzw. < 30mm, ggf. positive HA)
- 2 Vorliegen von Ausschlusskriterien überprüfen  
EUG ausschließen!  
Schwangerschaftskonfliktberatung anbieten
- 3 **Labor:**
  - Hämoglobin (>9,5 g/dl)
  - Rhesusfaktor
  - hCG
- 4 Aufklärung über medikamentöses versus chirurgisches Vorgehen, Risiken und Nebenwirkungen  
Schriftliche Aufklärung und Einwilligung  
Hinweise für Patientin beachten
- 5 Gabe von Mifepriston/Misoprostol gemäß Schema
- 6 **Follow up:**
  - Ultraschall- und hCG-Kontrolle nach 1 Woche
  - Blutungsstärke und Infektzeichen kontrollieren

## Zu beachten:

**Ad 1.)** Ein Schwangerschaftsabbruch sollte so früh wie möglich erfolgen, da eine höhere Erfolgsrate bei einer medikamentösen Abortinduktion zu erwarten ist. Im Falle einer positiven Herzaktion mit anschließender Missed Abortion liegt kein Schwangerschaftsabbruch, sondern eine Fehlgeburt vor.

Die Schwangerschaft sollte abhängig vom Schwangerschaftsalter anhand der letzten Regelblutung (Zykluslänge beachten) sowie der sonographisch ermittelten Größe der Fruchthöhle, des Dottersackes bzw. der Scheitel-Steiß-Länge (SSL) datiert werden. Über einer SSL von 30 mm ist eine medikamentöse Abortinduktion nicht zu empfehlen.

Aufgrund der Häufigkeit von extrauterinen Schwangerschaften (2%) muss eine ektopische Schwangerschaft im Vorfeld ausgeschlossen werden (10). Sehr selten kann auch eine heterotope Schwangerschaft eintreten (1 zu 30.000 Schwangerschaften) (11). Im Falle einer biochemischen Schwangerschaft ohne intrauterinen Schwangerschaftsnachweis gibt es keine Studien, die eine medikamentöse Abortinduktion evaluiert haben. Dennoch kann bei diesen Frauen unter engmaschiger Betreuung ein medikamentöses Vorgehen mit Mifepriston/Misoprostol in Betracht gezogen werden.

## Ad 2.) Ausschlusskriterien

- V.a. Eileiterschwangerschaft
- Anämie mit Hb < 9,5 g/dl
- Liegende Spirale
- Langjähriger Einsatz von Corticosteroiden
- Chronisches Nierenversagen
- Koagulopathie oder Hämophilie
- Einnahme von Gerinnungshemmern
- Schweres, nicht therapeutisch kontrollierbares Asthma
- Angeborene Porphyrie
- Allergie gegen Mifepriston oder Misoprostol
- Gestationsalter > 9 Schwangerschaftswochen (63 Tage p.m.)
- SSL > 30 mm

## Eine psychologische Anbindung soll angeboten werden!

Ein Auszug und Verlinkungen von möglichen Beratungsstellen finden Sie nachstehend:

- **BÖP-Helpline (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen)**  
<https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/helpline>
- **Helpline** Telefon: 01 504 8000
- **Staatlich geförderte Beratungsstellen des Bundesministeriums für Arbeit, Familie und Jugend (österreichweit)**  
<https://www.familienberatung.gv.at/beratungsstellen/>
- **Beratungsstellen für Frauen und Mädchen (österreichweit)**  
<netzwerk-frauenberatung.at>
- **Frauenhelpline bei Gewalt** Telefon: 0800 222 555
- **Frauengesundheitszentren österreichweit**  
<http://www.frauengesundheit.at>

**Ad 3.)** Von einer Rhesusprophylaxe kann vor der 6. SSW Abstand genommen werden.

**Ad 4.)** Eine routinemäßige Antibiose ist nicht indiziert.

Hinweise für die Patientin:

- wenn die Blutungsstärke 4 dicke Damenbinden in 2 Stunden übersteigt oder starkes Unwohlsein auftritt, muss sich die Patientin umgehend in ärztliche Behandlung begeben.
- nach Gabe von Misoprostol kann es innerhalb der ersten 6 Stunden zu einer überregelstarken Blutung und Krämpfen kommen, diese sollten sich in den folgenden 12 Stunden deutlich bessern. Vaginale Blutungen können bis zu 4 Wochen anhalten.
- NSAR (z.B. Ibuprofen/Naproxen etc) sind gegenüber Paracetamol als Schmerzmedikation zu bevorzugen.

**Ad 5.)** Es existieren mehrere evidenzbasierte Vorgangsweisen einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Basiert auf der aktuellsten Literatur und der Empfehlung der WHO von 2018 hat sich das folgende Schema etabliert (2):

- Mifepriston 200 mg (1 Tabl.) oral, 1 Mal Dosis
- Misoprostol 800 µg 1-2 Tage (24-48 h) später: peroral (buccal), vaginal, oder sublingual

**Anmerkungen:**

- **Der empfohlenen Abstand beträgt mindestens 24 h, obwohl es Hinweise gibt, dass eine gleichzeitige Gabe gleich effektiv ist (7)**
- **Eine vaginale Gabe geht mit geringerer Übelkeit, aber etwas erhöhtem Infektionsrisiko einher (1), welches insgesamt dennoch sehr gering ist.**
- **Eine erneute Gabe von Misoprostol kann erwogen werden, um eine höhere Erfolgsrate zu erzielen**

**Ad 6.) Bei der Kontrolle nach einer Woche ist folgenden zu beachten:**

Bei der Sonografie muss überprüft werden, ob

- noch eine vitale Schwangerschaft besteht bzw.
- Weiterhin eine intrauterine Fruchthöhle vorhanden ist.  
In diesen Fällen kann eine erneute Cyprostagabe (SSL<30mm) oder ein chirurgisches Vorgehen erwogen werden.
- Nach 1 Woche können endometriale Verdickungen nachweisbar sein, ohne dass diese einer Intervention bedürfen

Die hCG-Konzentration sollte innerhalb von 7 Tagen deutlich abnehmen (ca 70- 80%).

Bei biochemischen Schwangerschaften ist eine Nachverfolgung des hCG-Wertes bis unterhalb der Nachweisgrenze indiziert.

Bei unauffälliger Kontrolle und klinischem Verlauf innerhalb der ersten 10 Tagen, genügt eine Verlaufskontrolle nach 6 Wochen.

## Literatur

1. ACOG Practice Bulletin, Medical Management of First-Trimester Abortion. No. 143, March 2014
2. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization 2018.
3. Creinin MD, Schreiber CA, Bednarek P, et al. Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: a randomized controlled trial. Medical Abortion at the Same Time (MAST) Study Trial Group. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 885-94.
4. Danielsson KG, Marions L, Rodriguez A et al. Comparison between oral and vaginal administration of misoprostol on uterine contractility. *Obstet Gynecol*. 1999;93: 275-80.
5. Jain JK, Dutton C, Harwood B. et al. A prospective randomized, double-blinded placebocontrolled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Hum Reprod* 2002; 17:1477-82.
6. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011
7. Schreiber CA et al. Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *N Eng J Med* 2018; 378: 2161-2170.
8. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, et al. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 166-71.
9. Aubeny E, Peyron R, Turpin CL et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *In J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40:85-91.
10. Ulmann A, Silvestre L, Chemama L et al. Medical termination of early pregnancy with mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue. Study in 16,369 women. *Acta Obstet Gynecol*
11. Clayton H, Schieve L, Peterson H et al. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril* 2007
12. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34: 104-9.
13. Fiala C, Safar P, Bygdeman M et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109:190-5.