

One Stop MToP

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit nur einer Konsultation

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist eine sichere und gut etablierte Methode, eine ungewollte Schwangerschaft gemäss der Fristenregelung zu beenden. Bisher wurden diese Abbrüche mit mehreren ärztlichen Konsultationen kontrolliert. Aktuelle Studien weisen einen anderen Weg auf, bei dem die Durchführung der Behandlung soweit als möglich in die Hände der Patientin gelegt wird. In der Frauenklinik des Triemlispitals ist seit Ende Mai 2016 der One Stop MToP (Medical Termination of Pregnancy) im Einsatz.



L'interruption médicamenteuse est une méthode sûre et bien établie pour interrompre une grossesse, dans le cadre légal du régime du délai. Jusqu'à présent, les médecins agendaient plusieurs consultations pour la procédure et le suivi. Des études récentes ont montré qu'il est possible de donner en main propre l'essentiel de la procédure et du suivi à la patiente. A la Maternité du Triemlispital est pratiquée, depuis le printemps 2016, la procédure One Stop MToP (medical termination of pregnancy).

Seit 2002 gilt in der Schweiz die Fristenregelung (Art. 120 Abs. 1 StGB), also die Möglichkeit eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs innerhalb der ersten 12 Wochen. Dafür muss ein schriftliches Begehren der Frau vorliegen. Eine Wartefrist zwischen Beratungsgespräch und Abbruch ist nicht erforderlich (1, 2).



Dr. med. Natalia Conde
Zürich

In der Schweiz wurde 1999 der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston (Mifegyne®/RU486) und dem Prostaglandin E1-Präparat Misoprostol (Cytotec®) eingeführt und ist bis zum Alter von 63 Gestationstagen anwendbar und zugelassen (3).

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch MToP ist in rund 30 Ländern als zugelassene Methode seit über 20 Jahren im Einsatz. Die gut etablierte Methode ist effektiv, sicher und trifft bei den Frauen auf eine hohe Akzeptanz (4).

Im Jahr 2015 haben in der Schweiz rund 10 000 Frauen einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Das entspricht 6,3 Abbrüchen pro 1000 Frauen, davon waren 95% innerhalb der Fristenregelung, 70% der Abbrüche erfolgten medikamentös (5).

Pro-Choice

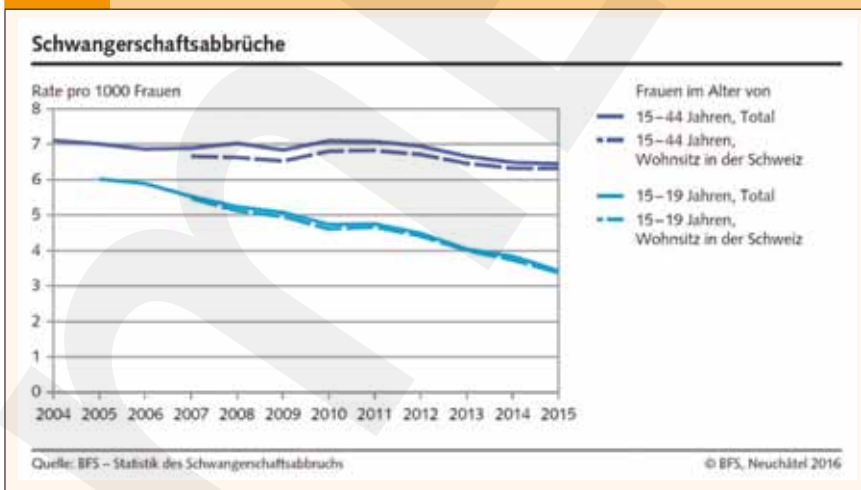
2008 hat die Parlamentarische Versammlung des Europarates eine Resolution verabschiedet, in der auf europäischer Ebene der Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch gefordert wird. Die Frauen werden in ihrer Entscheidungsfreiheit für oder gegen eine Schwangerschaft bestärkt. Dem gegenüber gibt es immer noch Vorstösse von radikalen Abtreibungsgegnern, die dafür kämpfen, dass Abbrüche strafrechtlich als Mord verfolgt werden sollen. In den USA ist die Gruppe der «Lebensschützer» sogar gewalttätig, wodurch es 2009 zur Ermordung eines Arztes kam, der Spätabtreibungen durchführte.

Neben den fanatischen Abtreibungsgegnern setzt sich in Deutschland eine Gruppierung für die Rechte der Frauen ein und hat die Bewegung «Pro-Choice» als Gegenpol zur Anti-Choice-Bewegung initiiert (6).

Weder der straffreie Abbruch noch die Vereinfachung der Methode haben, entgegen den kritischen Stimmen der Abtreibungsgegner, zu einem Anstieg der Abbruchquoten geführt. Die Zahlen belegen das Gegenteil (Abb. 1).

Die Frauen, welche sich für den Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, bevorzugen

ABB. 1 Bundesamt für Statistik Schwangerschaftsabbrüche 2004 bis 2015



einen Abbruch in vertrauter privater Umgebung (4). Meistens können sie gut mit ihrer Entscheidung umgehen, auch wenn sie traurig und zugleich befreit sind (6).

Vorgehen in der Klinik

Dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch geht immer ein Beratungsgespräch voraus. Notwendige psychosoziale und psychologische Unterstützung wird der Patientin angeboten und bei Bedarf für sie organisiert. Nach Aufklärung über das Vorgehen und der Unterzeichnung der Einverständniserklärung erhält die Frau den Progesteron-Rezeptor-Modulator Mifepriston (Mifegyne®) in der Dosierung 200 mg oder 600 mg. Eine neuere französische Studie zeigte, dass die Gabe von 600 mg Mifegyne® einen positiven Einfluss auf die Schmerzstärke hat (7). In den USA werden eher aus Kostengründen die Gabe von 200 mg Mifegyne® bevorzugt, kompensatorisch werden dann dort nach 48 Stunden 800 µg Cytotec appliziert. Die Kombination von 600 mg Mifegyne und 48 Stunden danach 400 µg Cytotec® soll aber gerade im Hinblick auf das Schmerzmanagement bevorzugt werden (8).

Anfänglich wurde die Ausstossung nach erfolgter Cytotec®-Einnahme unter Überwachung durchgeführt und die ÄrztInnen kontrollierten, ob die Schwangerschaft wirklich beendet war. Nach erster Evaluation zeigte sich, dass die selbständige Einnahme von Cytotec® durch die Frau zu Hause ebenso sicher sei (4). Dies kam dem Wunsch der Frauen nach einer privaten Umgebung und Unterstützung durch Vertraute sehr entgegen. In der Regel wurde nach 2 Wochen zur Beurteilung des Cavum uteri resp. des Endometriums eine sonographische Kontrolle vereinbart. Dabei gingen bzw. gehen wir in unserer Klinik folgendermassen vor: Bei homogenem Endometrium bis zu einer Dicke von 20 mm und nur leichter vaginaler Blutung wird keine weitere Kontrolle mehr vereinbart. Eine Curettage erfolgt bei persistierender Fruchthöhle (mit oder ohne embryonalen Anteilen/Herzaktion). Bei weniger klaren Befunden, wie inhomogenem über 20 mm dickem Endometrium, erfolgt die Gabe von Cytotec® 3x1 Tbl. à 200 µg p.o. über 5 Tage und eine weitere sonographische Verlaufskontrolle nach 14 Tagen.

In einer österreichischen Studie verglich man die Verlaufskontrollen mit Sonographie und mit der BetaHCG-Messung und kam zum Schluss, dass die BetaHCG-Messung effektiver war als die Ultraschall-

untersuchung (9). Dabei zeigte sich, dass eine Abnahme des BetaHCG auf 20% des Initialwertes (vor Abbruch abgenommen) eine 98.5%-ige Erfolgsrate aufwies. Ein verbreitertes Endometrium hingegen würde zu schnell zum chirurgischen Eingreifen verleiten. Bei noch verdicktem Endometrium könne durchaus ein Menstruationszyklus abgewartet werden ohne die Frau grösseren Risiken auszusetzen (9).

Selbstkontrolle mit checkToP®

Seit Anfang 2015 ist ein Schwangerschaftstest mit speziellem cut off-Wert von BetaHCG 1000 mIU/l (checkTop®) auf dem Markt. Er erlaubt es den Frauen, den Erfolg des Abbruches selbständig und zu Hause zu überprüfen. Seit 2010 wurde der One Stop MToP in rund einem Dutzend Ländern klinisch erprobt: Die Akzeptanz, Wirksamkeit und Sicherheit dieser Methode ist bei einer normalen frühen Schwangerschaft gut belegt (4, 10).

Es hat sich gezeigt, dass der selbst durchgeführte Schwangerschaftstest eine gute, effiziente und sichere Methode für die Erfolgskontrolle ist und den Frauen in ihren Bedürfnissen am besten entgegenkommt (10,11). Diese Methode unterstützt sowohl die WHO-Vorgabe für einen einfachen und unkomplizierten Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, verkürzt Wartezeiten, reduziert ärztliche Konsultationen und beugt voreiligem invasivem Vorgehen vor (6).

Unsere Erfahrung

Ende Mai 2016 haben wir diese Methode des One Stop MToP bei einem sorgfältig ausgewählten Kollektiv, welches mit Hilfe einer Triage-Checkliste eruiert wird, in unserer Frauenklinik eingeführt (Tab. 1). Diese Art des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs beinhaltet also eine einzige Konsultation statt der bisher vier, bei der die Frau das Beratungsgespräch, die nötigen Aufklärungsprotokolle und Gesuche unterschreibt und schliesslich das Mifegyne® unter Aufsicht einnimmt. Die Cytotec®-Tabletten und der Schwangerschaftstest checkTop® werden den Frauen inkl. genauer schriftlicher Instruktionen mitgegeben. Im Durchschnitt behandeln wir ca. 15 medikamentöse Interruptiones pro Monat. Im Beobachtungszeitraum von Ende Mai bis heute wurde bei 122 Frauen ein medikamentöser Abbruch durchgeführt. Von diesen haben 35 Frauen das Vorgehen mit OneStop gewählt bzw. sind dafür in Frage gekommen

| TAB. 1 Checkliste Kriterien zum Einschluss für One Stop-Methode | |
|---|--|
| Patientin über Vorgehen/Ablauf aufgeklärt, Antikonzeption geklärt | Keine psychische Erkrankung |
| Keine Verständigungsprobleme | Kein schweres Asthma bronchiale |
| Patientin ist mit dem Vorgehen einverstanden | Keine chronische Niereninsuffizienz |
| Schwangerschaft maximal 63 Tage seit Beginn der LP | Keine schwere Herz-Kreislauferkrankung |
| Keine Erstdiagnose auf der Notfallstation | Keine vererbte Porphyrie |
| Keine Ambivalenz | Keine schwere Anämie |
| Ein Beratungsgespräch nach erfolgter Interruptio wurde angeboten | Keine Gerinnungsstörung |

| Messages à retenir |
|--|
| ◆ Depuis 2002, en Suisse, est en vigueur le régime du délai qui permet l'interruption de grossesse sur simple demande de la femme dans les premières 12 semaines d'aménorrhée. |
| ◆ Les médicaments utilisés pour l'interruption sont la Mifegyne® (Mifepriston/RU486) et le Cytotec® (Misprostol). |
| ◆ Pour contrôler la réussite du traitement, la mesure du taux de béta-HCG est plus efficace que le suivi par ultrasons. |
| ◆ Le test de grossesse vcheckToP® permet de réduire le nombre de consultations à une seule consultation « pré-op ». Les femmes effectuent le suivi (à l'aide de ce test) de manière autonome à domicile. |
| ◆ Un triage soigneux est très important pour identifier les patientes aptes pour la prise en charge selon la procédure « One Stop MToP » |
| ◆ L'expérience du Triemlispital montre que cette nouvelle méthode est praticable et bien accueillie |

(42.7%). Dabei wurden u.a. Kriterien wie sprachliche Verständigung und Ambivalenz berücksichtigt. Den Frauen, die für die One Stop-Methode in Frage kommen wird ein Ablaufblatt mit den einzelnen Schritten abgegeben.

Zufriedenheit

Nach 3–4 Wochen werden die Frauen, nach schriftlicher Einwilligung, telefonisch kontaktiert und kurz zum Ablauf des One Stop befragt. Es wird nach Zufriedenheit, Sicherheit und Notwendigkeit einer Unterstützung gefragt. Bisher sind die Rückmeldungen positiv. Von den 35 Fällen haben wir bisher 12 Rückmeldungen (6 Frauen wurden nicht erreicht und 17 Feedbacks sind noch ausstehend), welche sehr zufrieden bis zufrieden waren und sich sehr sicher bis sicher gefühlt haben. Auch wenn die Fallzahl noch sehr bescheiden ist, zeigt unsere Erfahrung, dass die One Stop-Methode nach sorgfältiger Beratung und in guter Vorselektion erfolgreich ist.

Ausblick

Es ist sicher eine längere Beobachtungszeit notwendig, um sich eine abschliessende Beurteilung zu erlauben. Doch können wir bis jetzt sagen, dass der One Stop MToP eine gute Option ist, die beide Seiten, Ärztin und Patientin, entlastet: Weniger Konsultationen, Verminderung von unnötigen invasiven Eingriffen und Unterstützung der Frauen in ihrer Selbständigkeit.

Dr. med. Natalia Conde

Frauenklinik Triemli, Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
Natalia.Conde@triemli.zuerich.ch

+ **Interessenkonflikt:** Die Autorin hat keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Seit 2002 gilt in der Schweiz die Fristenregelung, also die Möglichkeit eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen
- ◆ Beim medikamentösen Abbruch kommen die Medikamente Mifegyne® (Mifepriston/RU486) und Cytotec® (Misoprostol) zum Einsatz
- ◆ Zur Überprüfung der Erfolgsrate ist die Messung des BetaHCG-Wertes effektiver als die sonographische Verlaufskontrolle
- ◆ Der Schwangerschaftstest checkToP® ermöglicht das Prozedere des Abbruchs auf eine einzigen Konsultation zu verkürzen. Den Test können die Frauen selbständig zu Hause durchführen
- ◆ Wichtig ist das sorgfältige Triagieren, welche Frauen für den One StopMToP in Frage kommen
- ◆ Die eigene klinische Erfahrung zeigt eine grosse Akzeptanz dieser neuen Methode

Literatur:

1. Peter, Straffloser Schwangerschaftsabbruch, Schweizerische Ärztezeitung 2010
2. Walther, Alte und neue Mythen um den Schwangerschaftsabbruch, Schweizerische Ärztezeitung 2016
3. sggg Expertenbrief Nr. 15
4. Kopp Kallner, Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion, Contraception 2012
5. Statistisches Amt: www.bfs.admin.ch
6. Profamilia Magazin Nr.3/4 2012: Schwangerschaftsabbruch (Artikel von Dr. Daphne Hahn, Dr. Christian Fiala/Dr. Kristian Gemzell, Miriam Gil/Katharina Heudorfer, Petra Schweiger)
7. Saurel-Cubizolles, Pain during medical abortion, European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology 2015
8. Seidenberg, One Stop MTop, Swiss Medical Forum 2015
9. Fiala, Verifying the effectiveness of medical abortion: ultrasound versus hCG testing, European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology 2003
10. Oppegaard, Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion, The Lancet 2015
11. Hassoun, Feasibility of self-performed urine pregnancy testing for follow-up after medical abortion, European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology 2016