

# MEDIKAMENTOOSNE RASEDUSE KATKESTAMINE



ENS-i ravijuhend, versioon 1  
Kinnitatud ENS juhatuse poolt 11.02.2005  
Koostajad: Pille Soplepmann, Kai Part, Helle Karro

## 1.Sissejuhatus

Medikamentoosne abort on raseduse katkestamine ravimite abil.  
Medikamentoosse abordi raviskeemides kasutatakse tänapäeval järgmisi toimeaineid:

- mifepristoon (antiprogestiin)
- metotreksaat (antimetaboliit)
- misoprostool (prostaglandiin-E<sub>1</sub> analoog)
- gemeprost (prostaglandiin-E<sub>1</sub> analoog)

Ravijuhis Eestis käsitleb mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooni kasutamist raseduse katkestamiseks patsiendi soovil kuni 63-päevase raseduse korral ja vastava näidustuse korral kuni 21. rasedusnädala lõpuni.

## 2.Toimemehhanism, efektiivsus ja ohutus

*Mifepristoon* on antiprogestiin, mis on progesterooni retseptorite suhtes 5 korda afiinsem kui progesteroon. Mifepristoon halvab detsiiduas kapillaaride silelihaseid, trofoblast eraldub detsiiduast ja järgneb emaka verejooks. Detsiidua irdumisel vabanevad endogeensed prostaglandiinid, mis muudavad emaka tundlikumaks eksogeensete prostaglandiinide suhtes, mistõttu teda kombineeritakse prostaglandiini analoogiga (misoprostool). Mifepristoon toimib ka emakakaela pehmendavalt ja kergendab emakakaela dilateerumist, mistõttu kasutatakse teda emakakaela ettevalmistuseks kirurgilise abordi eelselt.

*Misoprostool* on prostaglandiin-E<sub>1</sub> analoog ning põhjustab emaka kontraktsioone. Misoprostooli kasutatakse monopreparaadina teise trimestri abordi korral, kui mifepristoon ei ole kättesaadav. Misoprostooli kasutatakse ka emakakaela ettevalmistuseks kirurgilise abordi eelselt.

Medikamentoosne abort loetakse toimunuks, kui rasedus lõpeb ilma kirurgilise sekkumiseta. Mifepristooni ja misoprostooli kombinatsioon on väga efektiivne kuni 63-päevase raseduse katkestamisel – erinevate uuringute andmetel (erineval annustamisel) on meetodi efektiivsus keskmiselt 95% (83-98%).

Meetodi efektiivsust mõjutavad:

- *järelekontrolli aeg*: kui ravimite manustamise ja järelekontrolli vaheline aeg on pikem, siis on ka meetodi efektiivsus kõrgem;
- *arsti subjektiivsus*: arst võib vääralt hinnata raseduse jätkumist või koeosiste peetumist ja otsustada emakaõõne abrasiooni kasuks;
- *gestatsiooniaeg*: kuni 49-päevaste raseduste puhul on efektiivsus kõrgem kui 49-63-päevaste raseduste puhul.

Mifepristooni ja prostaglandiini kombinatsiooni on ohutu - pole täheldatud pikaajalisi riske tervisele ega viljatuse teket. Medikamentoosse abordiga võib kaasneda rohke veritsus, kuid vereülekande vajadus tekib väga harva (vähem kui 0,1-0,2% juhtudest). Mifepristooni loodet kahjustava toime kohta andmed puuduvad, misoprostoolil on madal teratogeenne risk.

### **3.Vastunäidustused**

Mifepristooni vastunäidustused:

- kahtlus emakavälisele rasedusele või ebaselge põhjusega adnekstuumori olemasolu
- emakasisene vahend (eelnevalt eemaldada)
- neerupealiste puudulikkus
- pikaajaline kortikosteroidravi
- allergia toimeaine suhtes
- antikoagulantravi või hüübimishäired
- porfüüria

Misoprostooli vastunäidustused:

- allergia toimeaine suhtes
- dekompenseeritud hüpertensioon või koronaartõbi

Tähelepanu tuleks pöörata järgmistele seisunditele:

*Aneemia* ei ole medikamentoosse abordi vastunäidustus, kuid sügava aneemia korral on näidustatud rauapreparaadid.

*Rinnaga toitmisel* võib mifepristooni ja misoprostooli väike kogus rinnapiima erituda. Kuigi ravimeid kasutatakse ühekordselt ja metaboliseeritakse kiiresti, soovitatakse mõne tunni jooksul pärast ravimite manustamist imetamiskord vahele jätta.

#### **4.Nõustamine**

##### **Nõustamine peaks hõlmama järgmisi teemasid:**

- Meetodi valik: oluline on täielik, täpne ja erapooletu teave nii kirurgilise kui medikamentoosse abordi kohta. Patsienti peab teavitama, et medikamentoosse abordi ebaõnnestumise korral tuleb teostada emakaõõne vaakumabrasioon.
- Meetodi sobivus: oluline on kindlaks määrata raseduse suurus (rasedus kuni 63 päeva) ja vastunäidustuste olemasolu.
- Mifepristooni ja misoprostooli toime ja manustamine. Patsiendid peavad muuhulgas mõistma, et misoprostool võib kahjustada loodet, mistõttu medikamentoosse abordi ebaõnnestumise korral on näidustatud kirurgiline abort.
- Patsientidele tuleb üksikasjalikult rääkida võimalikest kõrvaltoimetest ja tüsistustest, emaka kokkutõmmetega kaasnevast valust ning vereerituse hulgast ja kestvusest. Patsient peab teadma, kuhu pöörduda või helistada tekkivate küsimuste ja võimalike probleemide korral.
- Patsiendid peavad teadma, et medikamentoosse abordi järgselt tuleb pöörduda järelkontrolli abordi toimumise kindlakstegemiseks.
- Nõustamise tulemusena allkirjastab patsient informeeritud nõusoleku lehe - see peab sisaldama teavet medikamentoosse abordi protsessi, tüsistuste ja kõrvaltoimete riski kohta ning ühtlasi sisaldama teavet, kuhu on võimalik küsimuste või probleemide korral pöörduda.
- Kontratseptsioonialane nõustamine võib toimuda ükskõik millise visiidi käigus. Kondoomi ja hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid võib hakata kasutama kohe pärast mifepristooni ja misoprostooli manustamist. Enne emakasisese vahendi paigaldamist tuleb sedastada abordi toimumine.

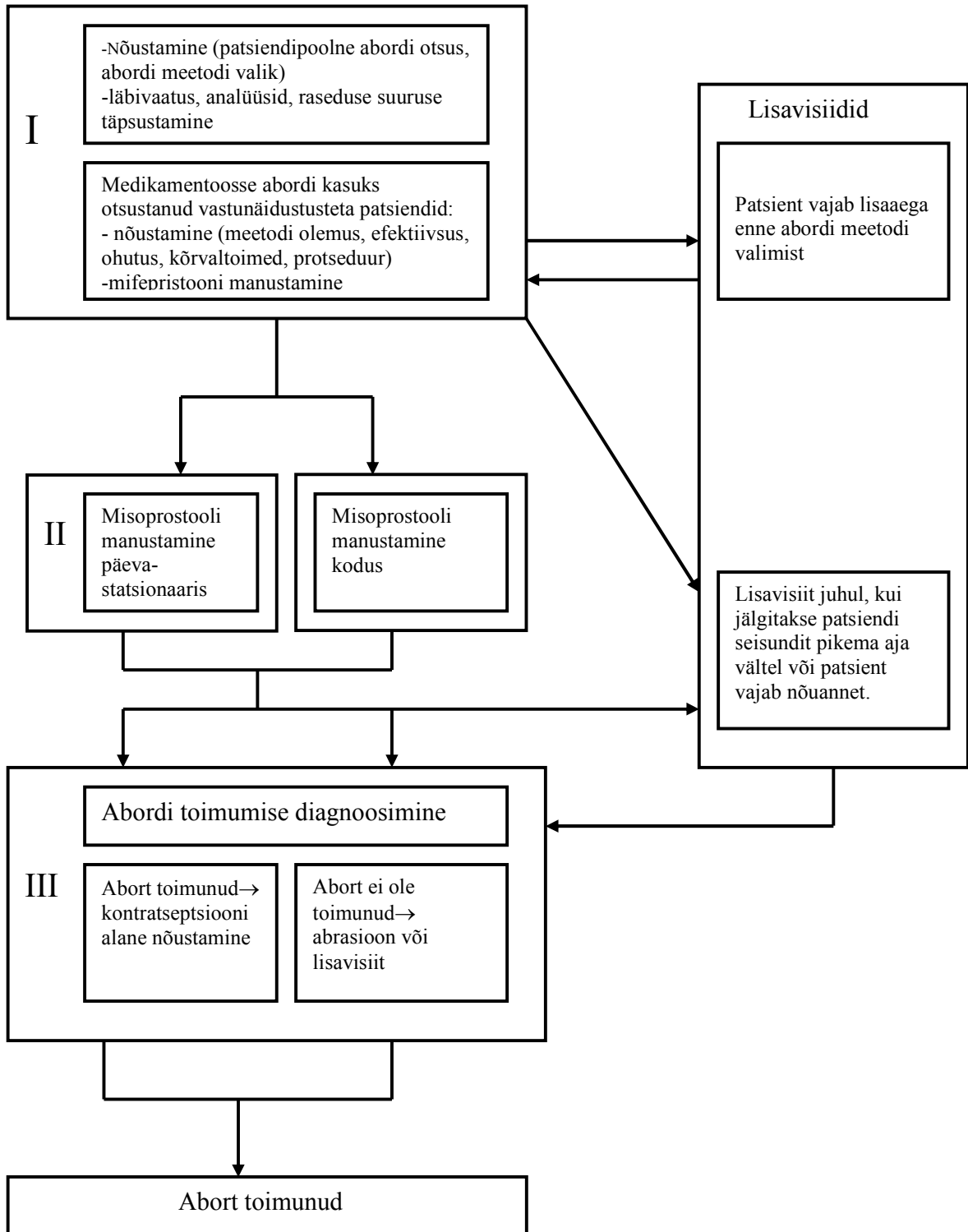
#### **5.Seadusandlus**

Vastavalt EV "Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusele" võib rasedust katkestada naise enda soovil kuni 11. täisrasedusnädala lõpuni ja vastava meditsiinilise näidustuse olemasolul kuni 21. täisrasedusnädala lõpuni.

#### **6. Ravi ja visiitide skeem**

Patsient peab medikamentoosse abordi käigus külastama arsti 2-4 korral. Kõige tavalisem on 3 visiidist koosnev skeem: esimesel visiidil manustatakse mifepristoon, teisel visiidil (36-48 h hiljem) manustatakse misoprostool ja kolmandal (umbes kaks nädalat hiljem) sedastatakse abordi toimumine.

## Ravi ja visiitide skeem



## 6.1 Raseduse katkestamine kuni 63-päevase raseduse korral

### I visiit

Kui patsient on nõustatud medikamentoosse abordi olemuse, kõrvaltoimete suhtes, on täpsustatud raseduse suurus UH uuringuga ja patsient on otsustanud medikamentoosse abordi kasuks ning ei oma selleks vastunäidustusi, siis on soovitatav teha järgmised analüüsid:

- veregrupp ja reesusfaktor, HIV antikehad, süüfilise ekspresstest, kliiniline veri
- uuringud klamüdioosi, gonorröa ja trihhomoonosi suhtes
- hCG

**Mifepristoon 200 mg suu kaudu** - arsti, ämmaemanda või õe juuresolekul.

Märkus: Mifepristooni manustamine peaks toimuma soovitatavalt esmaspäevast kolmapäevani, kuna järgnev misoprostooli manustamine toimub ülejäämisel päeval raviasutuses.

### II visiit

36-48 h pärast mifepristooni manustamist toimub misoprostooli manustamine.

Kui abort on toimunud (2-5% juhtudest) ja see UH-uuringuga kinnitatakse, siis ei ole vaja misoprostooli manustada.

**Misoprostool 800 µg (4 tabletti) vaginaalselt või 400 µg (2 tabletti) suu kaudu** - soovitatav manustada tervishoiuasutuses päevastatsionaari tingimustes.

Patsientide jälgimine on soovitatav päevastatsionaaris 3-6 tunni jooksul (90% toimub abort). Täidetakse abordikaart raseduskatkestusandmekogule. Patsienti nõustatakse kontratseptsiooni suhtes.

### III visiit (järelkontroll)

Abordi toimumise kindlakstegemine toimub 10-15 päeva möödudes ambulatoorselt.

- Patsiendi anamnees (vereerituse hulk ja kestvus) ja günekoloogiline läbivaatus (emaka suurus).
- S-hCG väärtuse langus viitab raseduse lõppemisele. Toimunud medikamentoosse abordi korral peaks 2 nädalat pärast mifepristooni manustamist hCG tase vereseerumis olema alla 1000 IU/L. S-hCG määramine medikamentoosse abordi toimumise diagnoosimiseks võib osutada liiga kulukaks
- Ultraheliuuring vajadusel, kui on kahtlus raseduse jätkumisele. Ultraheli leius tuleb eristada verehüüvete esinemist emakaõõnes, abordijärgset retentsiooni ja raseduse jätkumist.

Märkus: Oluline on teada, et mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooniga medikamentoosse abordi järgselt on endomeetriumi paksus suurem kui kirurgilise abordi järgselt. Endomeetriumi paksus võib olla kuni 20 mm, ilma et oleks tegemist koeosiste peetumisega. Loote aborteerumise järgselt võib emakas mõnda aega olla nähtav mitte-eluvõimeline lootemuna.

Nii nagu spontaanabordi korral, on ka medikamentoosse abordi järgselt näidustatud äraootav taktika (v.a. raseduse jätkumise korral). Kui põletikutunnused ja rohke vereeritus puuduvad, võib oodata emaka tühjenemist või manustada korduvalt misoprostooli. Misoprostooli korduva manustamise annuse ja ajalise intervalli kohta on käimas kliinilised uuringud.

Kui sedastatakse raseduse jätkumine, siis on võimalik kas misoprostooli korduv kasutamine või kirurgiline sekkumine.

Patsienti nõustatakse kontratseptsiooni suhtes.

## **6.2 Raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel 12-21-nädalase raseduse korral mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooniga**

**I** Ambulaatoorselt või statsionaaris

**Mifepristooni 200 mg suu kaudu**

**II**

36-48 tunni möödudes, patsient hospitaliseeritakse, jääb haiglasse loote aborteerumiseni.

**Misoprostooli 800 µg (4 tabletti) vaginaalselt, edasi 400 µg misoprostooli suu kaudu iga 3h järgi kuni 4 korda**

või

**Misoprostooli 400 µg (2 tabletti) iga 3h järgi kuni 5 korda**

Rh-negatiivsetele naistele manustatakse anti-D-immunoglobuliini.

**III**

Järelkontroll toimub 10-15 päeva möödudes ambulaatoorselt.

### 6.3 Raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel 12-21-nädalase raseduse korral misoprostooliga

Raseduse kasvades emaka tundlikkus prostaglandiinide suhtes tõuseb, seetõttu suurema raseduse korral kasutatakse väiksemaid prostaglandiinide annuseid.

Misoprostool monopreparaadina on efektiivne 50-95% juhtudest. Kasutatakse erinevaid annustamise skeeme: 50-800 µg misoprostooli korduvalt tupe kaudu.

## 7. Kõrvaltoimed ja tüsistused

Medikamentoosse abordi käigus tekivad valulikud emaka kokkutõmbed ja vereeritus tupest, mis on seotud abordi protsessiga. Umbes pooled naised vajavad valuvaigistit (paratsetamool, ibuprofeen, kodeiin). Valu aitab leevendada ka “verbaalne anesteesia”: toetus ja nõuanded personali poolt, patsiendi soovil lähedaste juuresolek ning võimalus ennast mugavalt tunda (mugav ase, soe tee, TV, muusika).

Vereeritus on tavalise menstruatsiooniga võrreldes vererohkem ja kestab pikemat aega (umbes 1 nädal), kuid ei mõjuta tavaliselt hemoglobiini taset. Vereeritus on suurem kauem kestnud raseduse korral. Vereeritus on kõige intensiivsem 3-6 tundi pärast misoprostooli manustamist.

Kõrvaltoimetest ja tüsistustest väärivad tähelepanu rohke vereeritus, palavik, iiveldus ja oksendamine, kõhulahtisus, peavalu ja põletiku teke.

**Rohke ja pikenenud vereeritus**, mis viib hemoglobiini langusele, on medikamentoosse abordi puhul harvaesinev. Umbes 1% juhtudest on vajalik emakaõõne vaakumabrasioon hemostaasi saavutamiseks. Vereülekanne vajadus on veelgi harvem: 0,1-0,2%.

Misoprostool võib harva põhjustada **palavikku** 1-2 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist. Palaviku puhul võib anda antipüreetilisi ravimeid. Kui palavik kestab üle 4 tunni või tekib järgmistel päevadel pärast misoprostooli manustamist, siis võib kahtlustada infektsiooni olemasolu.

Umbes pooltel patsientidest tekib **iiveldus** ja kolmandikul **oksendamine**. Need sümptomid võivad olla seotud ka rasedusega. Vajadusel võib manustada antiemeetilisi ravimeid.

Misoprostooli manustamise järgselt esineb vähem kui neljandikul patsientidest kerge ja spontaanselt mööduv **kõhulahtisus**, mis reeglina ei vaja ravi.

Võib esineda mööduvat **peavalu, minestustunnet ja uimasust**, mida ravitakse vajadusel sümptomaatiliselt.

Medikamentoosse abordi puhul on väga harva dokumenteeritud emaka või emakamanuste põletikke: kirjanduse andmetel on leitud seesmiste suguteede põletikke vähem kui 1%-l

34 000 uuritavast. Kui diagnoositakse seesmiste suguteede põletik ja abort on toimumata, siis tuleb teostada emakaõõne vaakumabrasioon ja ordineerida antibiootikumravi.

## 8. Kokkuvõte

Medikamentoosne abort ei asenda kirurgilist aborti, kuid on alternatiiv nii patsientidele kui ka teenuse pakkujatele. Medikamentoosse abordi eelised on suurem privaatsus, väiksem invasiivsus ja narkoosi vajaduse puudumine. Paljudele patsientidele tundub protsess

loomulik. Teisalt tuleb medikamentoosse abordi puhul taluda alakõhuvalu ja veritsust, külastada korduvalt arsti/ õde, oodata tulemust kauem ja meetod ei ole nii efektiivne kui kirurgiline abort. Enamik patsientidest leiab tagantjärele, et jäid sellise raseduse katkestamise meetodiga rahule, soovitsid seda oma sõbrale ja kasutaksid seda meetodit vajadusel uuesti.

## LISA

### **Emakakaela ettevalmistus misoprostooliga kirurgilise abordi eelselt**

Misoprostooli kasutatakse lisaks medikamentoossele abordile ka emakakaela ettevalmistuseks kirurgilise abordi eelselt. Emakakaela ettevalmistus soodustab emakakaela avanemist ja vähendab kirurgilise abordiga seotud emakakaela traumasid.

Emakakaela ettevalmistus on näidustatud:

- noortel (alla 18-aastastel)
- 9-11-nädalase rasedusega sünnitamata patsientidel
- >12-nädalase rasedusega kõikidel patsientidel

ning soovitav ka emakakaela anomaaliatega ja eelnenud emakakaela operatsioonide korral.

**400 µg misoprostooli vaginaalselt või suu kaudu 3-4 h enne kirurgilist aborti**

### **Kasutatud kirjandus:**

1. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO. Geneva 2003. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/safe\\_abortion.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.html)
2. Providing Medical Abortion in Developing Countries: an introductory guidebook. Gynuity Health Projects, New York. <http://www.gynuity.org>
3. Goldberg AB, Greenberg MB; Darney PD. Drug therapy: Misoprostol and pregnancy. N Engl J Med 2001;344:38-47.
4. Newhall EP, Winikoff B. Abortion with mifepristone and misoprostol: Regimens, efficacy, acceptability and future directions. Am J Obstet Gynecol 2000;183:44-53
5. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration. BMJ 1993;307:714-717
6. Herten H, Honkanen H, Piaggio G et al WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. BJOG 2003; 110:808-818
7. Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. Riigikogu seadus nr 108 (25. november 1998.a.)