

Die konservative Therapie der verhaltenen Fehlgeburt

Jana Maeffert

■ Eine verhaltene Fehlgeburt ist eine häufige Diagnose in der gynäkologischen Praxis. Sie trifft Frauen mit einer gewünschten Schwangerschaft meistens unvorbereitet und schmerzlich. In Deutschland wird im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern häufig zu einem raschen operativen Vorgehen geraten, obwohl ein abwartendes oder medikamentöses Vorgehen möglich wäre. Viele Schwangere würden dies wählen, wenn ihnen die unterschiedlichen Möglichkeiten angeboten werden. Im Folgenden wird das in internationalen Leitlinien (RCOG, ACOG, FIGO) empfohlene konservative Vorgehen neben eigenen praktischen Erfahrungen vorgestellt (1–3).

Etwa 20 % der befruchteten Eizellen gehen zugrunde, bevor die Schwangerschaft bemerkt wurde (4). Von den klinisch bekannten Frühschwangerschaften enden etwa 10–15 % vor der 12. SSW, dabei ein Großteil vor Ende der 8. SSW (5, 7). Jede 5.–6. Frau erlebt mindestens einmal in ihrem Leben eine Fehlgeburt, aber nur 1 % dies wiederholt (6, 8). In etwa 50–60 % der Fälle ist die Ursache eine spontane genetische Mutation, die nicht mit dem Leben vereinbar ist (9). Das Wiederholungsrisiko steigt nach der ersten Fehlgeburt leicht auf etwa 15–17 %, nach der zweiten Fehlgeburt auf 17–25 %. In seltenen Fällen liegen die Ursachen einer ersten Fehlgeburt bei einer Gerinnungsstörung, Insulinresistenz, Hyperthyreose oder einer Fehlbildung des Uterus (8). Häufig bleibt die Ursache unbekannt.

Von einer verhaltenen Fehlgeburt („Missed Abortion“) wird gesprochen, wenn der Embryo nicht mehr vital ist,

es aber noch nicht zu einer Blutung gekommen ist. Diese setzt nach dem Absterben des Embryos manchmal erst nach mehreren Wochen ein (10). Durch die mittlerweile regelhaften frühen Ultraschalluntersuchungen im mindestens vierwöchigen Abstand im Rahmen der Mutterschaftsuntersuchungen wird diese Diagnose häufig gestellt. Viele gewünschte Schwangerschaften werden schon vor Ablauf der 7. SSW mittels Ultraschall bestätigt und die Schwangere hat die Herzaktivität bereits bei einer Embryogröße von 3–4 mm gesehen (Abb. 1).

Die „Selbstbestimmte Fehlgeburt“

Die Feststellung einer verhaltenen Fehlgeburt ist ein Ereignis ohne Ankündigung für die Schwangere. Sie kommt mit der Erwartung in die Praxis, die Bestätigung zu bekommen, dass der Embryo gewachsen ist. Eine gewünschte Schwangerschaft bedeutet immer die Vorstellung des zukünftigen Lebens mit diesem Kind. Mit der Diagnose „Missed Abortion“ verändert sich das schlagartig, das fantasierte Baby stirbt. Die Patientinnen erleben dies

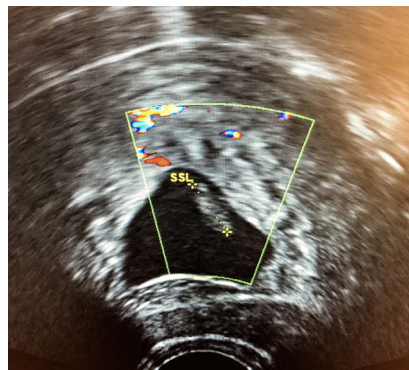


Abb. 1

meistens zum ersten Mal und viele empfinden die Situation als psychischen Schock. Es bedarf hierbei einer professionellen, empathischen Begleitung (1).

Für die behandelnden GynäkologInnen ist die Diagnose dagegen eine schon häufig erlebte Situation, die die Patientin physisch nicht gefährdet. Sie wissen, dass sie glücklicherweise sehr viele Betroffene innerhalb der nächsten 12 Monate mit einer unkomplizierten erneuten Schwangerschaft begleiten können.

Diese Diskrepanz führt nicht selten dazu, dass sich Patientinnen unverstanden und mit ihrem Schmerz allein gelassen fühlen. Es gibt unzählige Erfahrungsberichte im Internet von Frauen, die darüber klagen, dass „alles viel zu schnell ging“, sie nicht mitentscheiden konnten, wie es weiter geht, sie schlecht informiert und herzlos behandelt wurden, ihnen „gleich der Überweisungsschein für die OP in die Hände gedrückt“ wurde und ähnliches mehr.

Der Tenor dieser Berichte ist die Forderung nach der „selbstbestimmten Fehlgeburt“. Es ist anzunehmen, dass ein Großteil der Frauen sich nach einer ausführlichen Beratung für ein konservatives Vorgehen entscheiden würde (10).

Möglichkeiten des Vorgehens

Es gibt drei mögliche Vorgehensweisen:

- abwartendes Vorgehen
- medikamentöse Blutungsinduktion
- Vakuumaspiration.

Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass weder das Risiko für eine Infektion noch für eine andere Komplika-

tion beim abwartenden oder medikamentösen Vorgehen höher ist als beim operativen Vorgehen (11, 13).

Nach der Diagnose „Missed Abortion“ ist ein spontanes Abbluten der Schwangerschaft nach 2 Wochen bei etwa 60 % der Fälle, nach 6 Wochen bei 75 % zu erwarten (10). Der Frau muss verständlich erklärt werden, dass es verschiedene Möglichkeiten für den Umgang mit einer verhaltenen Fehlgeburt gibt und sie selbst entscheiden kann, was für sie der richtige Weg ist. Es sollte unmittelbar nach der Diagnose vermittelt werden, dass es aus medizinischer Sicht keinen Grund zur Eile gibt und die Situation für sie nicht gefährlich ist. Nicht selten besteht die Sorge, dass es durch den toten Embryo zu einer Art „Leichenvergiftung“ oder Infektion kommt. Dieser Mythos sollte aktiv angesprochen und verneint werden.

In akuten Belastungssituationen ist die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gemindert, so dass zu viele Informationen über das weitere Vorgehen direkt nach der Diagnose nicht gut aufgenommen und verarbeitet werden können. Es empfiehlt sich daher ein zeitnahe nächster Termin, möglichst in Begleitung einer vertrauten Person. Häufig kann es entlastend sein, durch eine weitere Ultraschalluntersuchung oder auch den Verlauf des Serum-HCG zu bestätigen, dass der Embryo nicht lebt, damit im Nachhinein kein Zweifel an der Diagnose bei der Patientin entsteht. In einem ausführlichen Gespräch werden dann die unterschiedlichen Methoden erklärt.

Abwartendes Vorgehen

Das einzige Risiko bei einem abwartenden Vorgehen ist das Problem, dass die Blutung unvorhergesehen auftritt und für einige Stunden überregelstark ist. Sie kann zudem mit starken, wehenartigen Schmerzen verbunden sein. Diese Ungewissheit kann belastend sein: Was soll die Frau machen, wenn die Blutung während der Arbeit oder auf dem Spielplatz beginnt? Es sollte besprochen werden, sich für diesen Fall ein „Not-

fall-Set“ zu packen mit Binden und Schmerzmitteln.

Bei der Entscheidung für ein abwartendes Vorgehen sollte mit der Patientin abgesprochen werden, wann sie wieder zur Untersuchung kommen will bzw. soll. Spätestens nach 14 Tagen sollte eine Wiedervorstellung vereinbart werden, um den Verlauf zu beobachten und zu klären, ob ein Abwarten weiterhin die richtige Wahl ist (1)

Die Patientin muss wissen, dass ein spontaner Blutungsbeginn möglicherweise erst nach einigen Wochen stattfindet. Manche Frauen finden dies eine ganz unerträgliche Vorstellung, andere brauchen genau diese Zeit, um sich von der Schwangerschaft zu verabschieden. Nicht selten entscheiden sich Patientinnen im Verlauf für ein eingreifendes Vorgehen, wenn die Blutung nach zwei Wochen noch nicht spontan eingesetzt hat.

Von einem abwartenden Vorgehen muss abgeraten werden, wenn Zeichen einer Infektion vorliegen oder eine überregelstarke Blutung eine Gefährdung bedeuten würde (z. B. bei einer Hämophilie) (1).

Mit der Patientin muss unbedingt über ein Schmerzmanagement zum Zeitpunkt der Blutung und die Tageshöchstdosis der Analgetika gesprochen werden (Ibuprofen 2400 mg/d, Paracetamol 4000 mg/d). Außerdem muss darüber gesprochen werden, was als unkomplizierter Verlauf der Blutung gewertet werden kann und wann die Patientin eine Klinik aufsuchen sollte. Als

Richtwert kann dabei gelten: eine Blutung ist normal, die stärker ist als eine normale Menstruation über etwa 2 Stunden und bei der etwa 8 dicke Binden „durchgeblutet“ werden. Auch das Abbluten von Koageln ist ungefährlich, kann aber erschreckend für die Frau sein und muss angesprochen werden. Falls eine Blutung nach 2 Stunden nicht langsam abklingt, sondern weiter überregelstark ist, sollte eine Klinik aufgesucht werden.

Eingreifendes Vorgehen

Wünscht die Patientin die aktive Beendigung der gestörten Schwangerschaft, kommen die medikamentöse Blutungsinduktion oder die Vakuumaspiration in Betracht. Es sollten hierbei die individuellen Vor- und Nachteile abgewogen werden, die sehr unterschiedlich sein können. Hat die Schwangere besonders viel Angst vor Schmerzen und einer starken Blutung oder eher vor einer Operation? Fühlt sie sich sicherer in der Anwesenheit von medizinischem Personal oder möchte sie die Blutung lieber mit einer vertrauten Person zuhause bewältigen? Hat sie wichtige Termine in der nächsten Zeit, ist ein Urlaub geplant, gibt es größere Kinder im Haushalt, für die ein spontaner Blutungsbeginn erschreckend wäre?

Medikamentöse Blutungsinduktion

Ein medikamentöses Vorgehen ist in Bezug auf Blutungskomplikationen und Infektionen genauso sicher wie eine Vakuumaspiration (11, 13).

Zur Blutungsinduktion wird international Misoprostol, ein synthetisches De-

Dosierungsempfehlungen internationaler Leitlinien

Leitlinie	Misoprostol	Mifepriston
RCOG Guideline 2019 (1)	800 µg Misoprostol vaginal als Einzeldosis	Mifepriston ausdrücklich nicht empfohlen
ACOG Guideline 2015 (2)	800 µg Misoprostol vaginal als Einzeldosis, Wiederholung der Dosis nach frühestens 3 Stunden	200 mg Mifepriston 36–48 h vor Misoprostol kann überlegt werden
FIGO Guideline 2017 (3)	800 µg Misoprostol vaginal alle 3 Stunden (2x) oder 600 µg sublingual alle 3 Stunden (2x)	

Tab.

riyat des Prostaglandins E1 empfohlen (1–3). Dieses Medikament ist in Deutschland zur Behandlung von Magenulcera und beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zugelassen und wird daher bei der „Missed Abortion“ im „Off-Label-Use“ verwendet.

Es gibt zahlreiche Studien und Metaanalysen, die verschiedene Dosierungen und Applikationsarten von Misoprostol vergleichen (s. Tab. S. 777). Die meisten Leitlinien empfehlen eine Dosierung von 800 µg Misoprostol vaginal bzw. bukkal oder 600 µg sublingual (1–3). Falls 3 Stunden nach Einnahme keine Blutung begonnen hat, kann eine zweite Gabe erfolgen. Die Einnahme von Misoprostol kann zuhause („Home-Use“) oder in der Praxis gegeben werden, wenn die räumlichen Gegebenheiten bestehen und die Patientin dies wünscht.

Bei der Anwendung von Misoprostol in diesen Dosierungen kommt es häufig zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel und Kopfschmerzen. Die Patientin muss darüber aufgeklärt werden, und es ist empfehlenswert, vor der Anwendung eine prophylaktische antiemetische und analgetische Begleitmedikation zu geben. Dafür eignet sich zum Beispiel 50 mg Dimenhydrinat, 800 mg Ibuprofen und 500 mg Paracetamol 30 Minuten vor der Misoprostoleinnahme. Falls diese Medikation zur Schmerzreduktion bei der Blutung nicht ausreicht, kann Tramadol oder Codein eingenommen werden. Davon kann der Patientin eine Tablette bzw. Zäpfchen als Notfallmedikament über den Praxisbedarf mitgegeben werden.

Viele Studien zeigen einen Vorteil, wenn 36–48 Stunden vor der Misoprostolanwendung der Progesteronantagonist Mifepriston in einer Dosierung von 200 mg gegeben wird (15). Bisher wird Mifepriston aber nur in der Leitlinie der ACOG als Möglichkeit empfohlen (14, 2). Mifepriston erfolgt in Deutschland bei der „Missed Abortion“ im Off-Label-Use.

Kasuistik

Vorstellung: 32-jährige Erstgravida kommt mit der Überweisung „Missed Abortion 7. SSW, erbitte Abortcurettage“. Die Patientin ist sehr traurig, zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose.

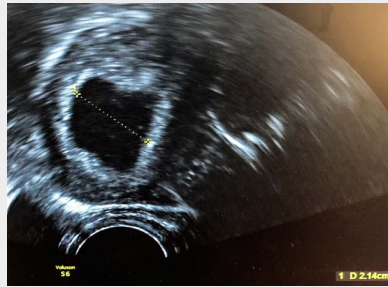


Abb. 1

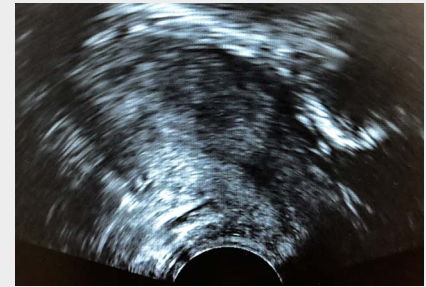


Abb. 2

Vaginalsonografie: entrundete Fruchthöhle von 2,1 cm, kein Embryo darstellbar (Abb. 1).

Zur Bestätigung der Diagnose Verlauf Serum-HCG angeboten. Verschiedene Möglichkeiten des weiteren Vorgehens erklärt. Die Patientin möchte zunächst abwarten und eine Verlaufskontrolle des Serum-HCG.

Wiedervorstellung nach 4 Tagen: Serum-HCG leicht fallend. Die Patientin wünscht jetzt eine medikamentöse Induktion der Blutung, da sie nicht von dieser überrascht werden möchte.

Es wird die Induktion mit 200 mg Mifepriston gefolgt von 800 µg Misoprostol (bukkal) besprochen. Die Blutung soll zuhause mit Unterstützung durch den Partner besprochen sowie die prophylaktische Gabe von Ibuprofen, Paracetamol und Dimenhydrinat 30 min. vor der Misoprostolanwendung erfolgen.

Mitgabe eines Medikamentenpäckchens: 800 µg Misoprostol, 2 × 800 mg Ibuprofen, 2 × 500 mg Paracetamol, 2 × 50 mg Dimenhydrinat-Tablette, 1 × Dimenhydrinat 150 mg Suppositorium, 1 × Codein/Paracetamol 60 mg/1000 mg Suppositorium.

Wiedervorstellung nach 8 Tagen: Die Blutung wurde als unproblematisch empfunden, die Schmerzen gut toleriert, psychisch geht es der Patientin viel besser.

Vaginalsonografie: Cavum leer, Endometrium schmal (Abb. 2).

Off-Label-Use

Off-Label-Use bezeichnet die Verordnung eines Fertigarzneimittels außerhalb des durch die Arzneimittelbehörden zugelassenen Gebrauchs bezüglich Anwendungsgebiet oder der Anwendungsart.

Die behandelnden ÄrztInnen haften bei Off-Label-Use für die medizinische Richtigkeit sowie für eventuelle Nebenwirkungen. Die ärztlichen Fach-

gesellschaften empfehlen, Off-Label-Verordnungen nur auf Basis von gültigen Leitlinien, Empfehlungen oder von anerkannter wissenschaftlicher Literatur durchzuführen.

Die Patientin muss über den Off-Label-Use aufgeklärt werden und dies unterschreiben. Außerdem muss ein Off-label-Use der Haftpflichtversicherung mitgeteilt werden.

„Home-Use“

Es gibt zahlreiche Studien zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, die übereinstimmend zu dem Ergebnis kamen, dass die Blutung zuhause gut bewältigt und von den meisten Schwangeren gewünscht wird.

Blutungskomplikationen treten extrem selten in den ersten Stunden nach der Misoprostoleinnahme auf. In einer Stellungnahme der DGGG von 2015 wird der „Home-use“ aufgrund der internationalen Studienlage empfohlen (16). Diese Ergebnisse können auf die medikamentöse Therapie der „Missed Abortion“ übertragen werden.

Falls die medikamentöse Blutungsinduktion zuhause gewünscht ist, muss eine Begleitperson bei der Patientin sein und eine ärztliche Erreichbarkeit über eine Notfallnummer gegeben sein, bzw. besprochen werden, bei welchen Komplikationen eine Notfallambulanz aufgesucht werden muss (1). Komplikationen treten sehr selten auf. Studien beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zeigen

bei < 0,1 % der Fälle eine Notwendigkeit einer Behandlung in der Klinik (17, 18).

Abrechnung

Die Abrechnung einer konservativen Therapie der Missed Abortion ist problematisch. Da sowohl Misoprostol als auch Mifepriston nur im Off-Label-Use verwendet werden können, muss die Patientin die Kosten für diese Medikamente sowie die Begleitmedikation selbst tragen.

Fazit

Der Verlust einer gewünschten Frühschwangerschaft erfordert eine empathische und kompetente Begleitung. Medizinisch gibt es keinen Grund für eine rasche operative Beendigung einer Missed Abortion. Es ist für viele Schwangere sehr wichtig, in der Situation einer verhaltenen Fehlgeburt mitentscheiden zu können, wie diese enden soll. Nur eine gut informierte Patientin, der die verschiedenen Möglichkeiten des Abwartens, einer medikamentösen Blutungsinduktion oder

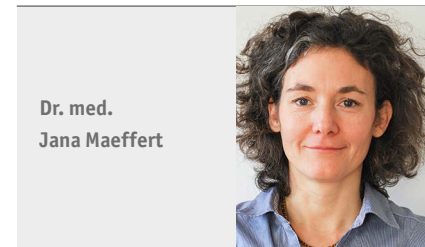
einer Vakuumaspiration angeboten werden, kann den Verlauf der Fehlgeburt als selbstbestimmt erleben. Das kann ihr die Verarbeitung etwas erleichtern.

Literatur

Bei der Autorin oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jana Maeffert
Praxis Migyn
Schloßstraße 28
12163 Berlin
janamaeffert@web.de



Literatur

1. RCOG-Guideline: National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management NICE guideline [NG126]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Guideline Number 200, Early pregnancy loss (2018) www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss
3. FIGO Dosage Chart: <https://www.figo.org/news/misoprostol-dosage-chart-2017>
4. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE, Armstrong EG, Nisula BC: Incidence of Early Loss of Pregnancy. *N Engl J Med*. 1988 Jul 28;319(4):189-94
5. García-Enguidanos A, Calle ME, Valero J, Luna S, Domínguez-Rojas V: Risk Factors in Miscarriage: A Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 May 10;102(2):111-9
6. Moradinazar M, Najafi F, Moradi Nazar Z, Hamzeh B, Pasdar Y, Shakiba E: Lifetime Prevalence of Abortion and Risk Factors in Women: Evidence From a Cohort Study. *J Pregnancy*. 2020 Apr 27;2020:4871494
7. Tong S, Kaur A, Walker SP, Bryant V, Onwude JL, Permezel M: Miscarriage Risk for Asymptomatic Women After a Normal First-Trimester Prenatal Visit. *Obstet Gynecol*. 2008 Mar;111(3):710-4
8. Jevé YB, Davies W: Evidence-based management of recurrent miscarriages: *J Hum Reprod Sci*. 2014 Jul-Sep; 7(3): 159-169
9. van den Berg MM, van Maarle MC, van Wely M, Goddijn M: Genetics of early miscarriage. *Biochim Biophys Acta*. 2012;1822:1951-9
10. Ciro L, Jermy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne TH: Outcome of Expectant Management of Spontaneous First Trimester Miscarriage: Observational Study. *BMJ* 2002 Apr 13;324(7342):873-5
11. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L: Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Systematic Review* - Version published: 31 January 2017
12. Beucher G, Dolley P, Carles G, Salaun F, Asselin I, Dreyfus M: Misoprostol: Off-Label Use in the First Trimester of Pregnancy (Spontaneous Abortion, and Voluntary Medical Termination of Pregnancy). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2014 Feb;43(2):123-45
13. Wu H, Marwah S, Wang, P. et al.: Misoprostol for medical treatment of missed abortion: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* 7, 1664 (2017)
14. van den Berg J, Gordon B, Snijders M, Vandenbusche F, Coppus S: The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: a systematic review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015 Dec;195:18-26
15. Schreiber C, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT: Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss, *N Engl J Med*. 2018 Jun 7;378(23):2161-2170
16. 218. Stellungnahme der DGGG: www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2015/218_Stellungnahme_zum_Vorgehen_beim_medikamentoesen_Schwangerschaftsabbruch.pdf
17. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussel J: Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. *Obstet Gynecol*. 2013 Jan; 121(1): 166-171
18. Chen M, Creinin MD: Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2015 Jul;126(1):12-21