Abortinduktion mit Prostaglandin E₂ und F_{2α} Gel

T.H.		Lippert
T.		Modly

Universitäts-Frauenklinik Basel (Prof.: O. Käser), Basel

Adresse des Autors: Dr. med. T. H. Lippert, Universitäts-Frauenklinik, Schanzenstrasse 46, CH-4000 Basel (Schweiz)

Nach ersten enttäuschend verlaufenen Abortinduktionen mit intra-venös verabreichtem Prostaglandin (PG) F₂ haben wir für weitere Untersuchungen die intrauterine-extraamniotische Prostaglandinapplikation gewählt. Intrauterine Infusionen von PG F₂, die mit einer «slow injection pump» durchgeführt wurden, hatten bereits gezeigt, dass neben einer starken Reduzierung der unerwünschten Nebenwirkungen eine hohe Erfolgsquote zu verzeichnen war. Um die apparativ aufwendigeren intrauterinen Infusionen zu umgehen, haben wir in vorliegender Arbeit die Prostaglandine in Form eines Gels appliziert. Die Schwangerschaftsunterbrechungen wurden bei 20 Patientinnen in der 13.-17. Schwangerschaftswoche durchgeführt.

Die Zusammensetzung des Gels ist wie folgt: 4% Tylose MH 300, 2% Glycerin, 1% Chlorhexidin Digluconat, 83% Aqua dest. steril. und 100/o Prostaglandinstammlösung. Es wurden sowohl Prostaglandin E₂ als auch F₂-Gel verwendet. Die Endkonzentrationen betrugen pro g Gel 2,5 mg E₂ oder 2,5 mg F₂. Das Gel wurde in 2–3stündigen Abständen durch einen transzervikal in den extraamniotischen Raum eingeführten Poly-äthylkatheter mit einer Spritze verabreicht. Wegen der hohen Viskosität des Gels musste etwas verstärkter Druck angewendet werden, um das Gel durch den dünnen Schlauch zu drücken.

Die Prostaglandin-Gel-Instillationen führten zu folgenden Ergebnissen: PG E₂-Gel wurde in 14 Fällen angewandt. Es führte in allen Fällen nach durchschnittlich 3–4 Injektionen zu einer Ausstossung von Fetus und Plazenta. Im Durchschnitt wurde dabei pro Patientin 4,6 mg E₂ benötigt; der Eintritt der ersten Wehen erfolgte nach etwa 30 min und die Einleitung-Austreibungszeit betrug 11 h und 35 min. F₂-Gel wurde nur bei 6 Patientinnen gegeben. Auch hier wurde in allen Fällen eine Ausstossung des Fetus erzielt, die Plazenta folgte jedoch nur in 2 Fällen spontan. Im Durchschnitt wurde pro Patientin 17,7 mg F₂ instilliert; die ersten We-

1 Vortrag gehalten anlässlich der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie, 28.-30. Juni 1973 in Basel.

Lippert/Modly

235

hen wurden nach etwa 30 min registriert, und die mittlere Austreibungszeit betrug 17 h und 38 min.

Sowohl bei den E₂- als auch den F₂-Fällen wurden als Nebenwirkungen schmerzhaftes Uteruskontraktionen gesehen. Sie wurden mit einer Kombination von Pentazocine und Valium in allen Fällen mit gutem Erfolg behandelt. Lediglich bei den E₂-Fällen wurden als weitere Nebenwirkungen nicht behandlungsbedürftiges, episodenhaftes Erbrechen in 5 Fällen und nicht infektiöses Temperaturerhöhungen bei 2 Fällen gesehen. In keinem Fall trat eine verstärkte Blutung beim Abort oder eine postabortale bakterielle Infektion auf. Bei den F₂-

Fallen musste in 4 Fällen die Plazenta durch Kürettage entfernt werden. Auch in allen anderen Fällen wurde eine Nachkürettage durchgeführt, um sicher zu gehen, dass keine Plazentafragmente retiniert wurden.

Mit der Gelanwendung wurden keine schmerzhaften Dauerkontraktionen ausgelöst; die Uterusaktivität startete mit rhythmischen Kontraktionen. Durch die höhere Dosierbarkeit der Prostaglandine in Gelform konnten die Reinjektionen auf grössere Zeitintervalle reduziert werden. Der Zusatz eines Antiseptikums zur Gelbase bedeutet weiterhin eine Herabsetzung der Infektionsgefahr. Die Prostaglandinbeständigkeit von F2 α und E2 scheint in der Gelform gut zu sein. Bei Aufbewahrung in sterilen Aluminiumtuben bei -25 °C wurde über einen Zeitraum von etwa 8 Monaten kein Abfall der klinischen Wirksamkeit registriert.