

Gemeinsame Erklärung – Misoprostol für die Behandlung von Blutungen nach der Entbindung in ressourcenarmen Gebieten

Joint Statement – Misoprostol for the Treatment of Postpartum Haemorrhage in Low Resource Settings

Autoren

Internationaler Hebammenverband (ICM),
Internationaler Verband für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO)

Der Internationale Hebammenverband (ICM) und der Internationale Verband für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) engagieren sich seit Langem gemeinsam für die Wahrung des grundlegenden Menschenrechts von Frauen auf Gesundheit; zur Reduzierung der weltweiten Inzidenz von Müttersterblichkeit und Morbidität und unter Nutzung von evidenzbasierten Interventionen zur Erreichung dieses Ziels.

Diese Erklärung spiegelt die neueste (2012) Evidenzbasis hinsichtlich der Nutzung von Misoprostol zur Behandlung von Blutungen nach der Entbindung (PPH) in ressourcenarmen Gebieten wider, wo intravenöses Oxytocin, der sogenannte goldene Standard für die Behandlung von PPH, nicht erhältlich ist.

Hintergrund

Blutungen nach der Entbindung sind die häufigste Ursache für Müttersterblichkeit und Morbidität, aber die meisten Fälle von PPH können bei nahezu allen Umständen, unter denen Frauen entbinden, wirksam verhütet und behandelt werden. Die Investition in verbesserte Geburtshilfe und Hebammenleistungen bleibt von entscheidender Bedeutung für die Reduzierung von Müttersterblichkeit und Morbidität. Um den Bedürfnissen der Bevölkerungsgruppen, die der größten Unterversorgung ausgesetzt sind, gerecht zu werden, muss der Zugang zu lebensrettenden Maßnahmen in Gemeinden priorisiert werden.

Aktives Management der 3. Wehenphase kann durch die Verabreichung eines Uterotonikums den Blutverlust verringern und die Inzidenz von PPH reduzieren. Trotzdem kommt es bei 6–16% der Frauen, die eine uterotonische Prophylaxe erhalten [1], dennoch zu Blutungen nach der Entbindung, die sofortige Maßnahmen erfordern. Wenn PPH dort auftritt, wo die Verwendung von 40 IU i.v. Oxytocin, dem sogenannten goldenen

Standard für die Behandlung von PPH, nicht möglich ist (z. B. mangelt es an ausgebildeten Geburtshelfern oder Kühlung), kann 800 µg sublinguales Misoprostol, ein sicheres und wirksames Medikament mit wenigen Gegenanzeigen oder Nebenwirkungen, gegeben werden, um den Blutverlust unter Kontrolle zu bringen.

FIGO und ICM haben sich selbst verpflichtet, verstärkten Zugang zu Misoprostol für die Behandlung von Blutungen nach der Entbindung Realität werden zu lassen, insbesondere in ressourcenarmen Gebieten, wo i.v. Oxytocin weitgehend nicht erhältlich oder nicht möglich ist (► Tab. 1).

Nutzen von Misoprostol für die Behandlung von Blutungen nach der Entbindung in ressourcenarmen Gebieten

Sicher, effektiv, leicht zu verabreichen, vorübergehende Nebenwirkungen, kosteneffizient, gut erhältlich und stabil bei Zimmertemperatur.

Bietet eine sichere und effektive Option für die Behandlung von PPH, wo i.v. Oxytocin derzeit nicht erhältlich und/oder möglich ist.

Aufruf zum Handeln

Als zwei führende internationale Vereinigungen von Fachkräften im Gesundheitswesen nehmen ICM und FIGO eine Schlüsselrolle ein, dafür zu sorgen, dass für Frauen Misoprostol erhältlich ist, insbesondere für Frauen, die besonders gefährdet sind hinsichtlich Sterblichkeit und Mortalität während der Geburt aufgrund eines Mangels an ausgebildeten Geburtshelfern und eines mangelnden Zugangs zu Oxytocin.

Daher werden nationale Geburtshilfe- und Hebammenverbände, insbesondere in Ländern, in denen der allgemeine Zugang zu Oxytocin unzuver-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368423>
Geburtsh Frauenheilk 2014; 74:
427–428 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Prof. Dr.
Matthias W. Beckmann
Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 21–23
91054 Erlangen
fk-direktion@uk-erlangen.de

Tab. 1 Empfehlungen für die Behandlung von PPH, wenn 40 IU intravenöses Oxytocin nicht sofort erhältlich ist [2].

Dosierung	Einzel-dosis von Misoprostol 800 µg sublingual ist angezeigt für Behandlung von PPH, wenn 40 IU i.v. Infusion Oxytocin nicht sofort erhältlich ist (unabhängig von den prophylaktischen Maßnahmen).
Behandlungsverlauf	Sobald PPH diagnostiziert wurde, muss das Medikament sofort verabreicht werden.
wiederholte oder aufeinander folgende Dosen	Da die bekannten Nebenwirkungen von Misoprostol offenbar von der Dosis abhängig sind, können wiederholte oder aufeinander folgende Dosen von Misoprostol die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Nebenwirkungen erhöhen. Falls Oxytocin bereits für die Behandlung von PPH gegeben wird, gibt es Hinweise darauf, dass der zusätzliche (gleichzeitige) Gebrauch von Misoprostol keinen zusätzlichen Nutzen hat. Es gibt nur unzureichende Informationen über die Wirkung von 2 oder mehreren aufeinander folgenden Dosen von Misoprostol für die Behandlung von PPH. Aufgrund der fehlenden Informationen werden wiederholte Dosen von Misoprostol für die Behandlung von PPH nicht empfohlen. Andere Behandlungsmöglichkeiten, wie bimanueller Druck oder aortaler Druck, sollten erwogen werden, wenn sich eine Dosis als nicht wirksam erwiesen hat.
Gegenanzeigen	Allergianamnese gegen Misoprostol oder andere Prostaglandine
Vorsichtsmaßnahmen	1. Vorsicht wird empfohlen in Fällen, wo die Frau eventuell bereits Misoprostol als Prophylaxe zur Vorbeugung gegen PPH erhalten hat, falls eine erste Dosis von Misoprostol mit Pyrexie oder ausgeprägtem Schüttelfrost in Zusammenhang gebracht wurde. 2. Nach der Gabe von Uterotonika sollte die Notwendigkeit anderer Schritte zum Aufhören der Blutung erkundet werden, und andere Ursachen für PPH als uterine Atonie sollten berücksichtigt werden. 3. Kleine Mengen von Misoprostol oder seines aktiven Metaboliten können in Muttermilch vorkommen, aber es gibt keine Berichte über negative Wirkungen auf das Stillen von Säuglingen.
Wirkungen und Nebenwirkungen	Anhaltende oder ernsthafte Wirkungen und Nebenwirkungen sind selten. Die häufigsten bekannten Nebenwirkungen, die mit Misoprostol in Verbindung gebracht werden, sind: Fieber/Schüttelfrost: Schüttelfrost, Frösteln und/oder Fieber werden mit dem Gebrauch von Misoprostol in Verbindung gebracht. Über Schüttelfrost wurde bei 37–47% von Frauen nach der Verabreichung von 800 µg sublingualem Misoprostol berichtet, über Fieber bei 22–44% und Hyperpyrexie (> 40 °C) bei 1–14%. Diese Nebenwirkungen sind vorübergehend und nicht lebensbedrohlich und können durch den Gebrauch von Antipyretika und Abkühlen des Körpers behandelt werden. Wirkungen auf Magen und Darm: Übelkeit tritt bei 10–15% der Frauen auf, denen 800 µg sublinguales Misoprostol verabreicht wurde, und Erbrechen bei etwa 5%. Beides sollte sich innerhalb von 2 bis 6 Stunden gelegt haben. Ein Antiemetikum kann nach Bedarf verabreicht werden, aber im Allgemeinen muss nichts außer dem Beruhigen der Frau und ihrer Familie unternommen werden. Diarrhö kann ebenfalls bei etwa 1% der Frauen vorkommen, aber sollte sich innerhalb eines Tages gelegt haben.

lässig ist, aufgefordert, die folgenden wichtigen Maßnahmen zu ergreifen:

- ▶ Befürworten der Aufnahme dieser internationalen Empfehlungen für den Einsatz von Misoprostol in ressourcenarmen Gebieten zur Behandlung von PPH in die nationalen klinischen Richtlinien und somit Verbesserung der Gesundheitsleistungen und Ansätze für Mütter.
- ▶ Ergänzung der nationalen Richtlinien durch die Organisation von interaktiven Bildungs- und Fortbildungsprogrammen für Fachkräfte im Gesundheitswesen unter Verwendung von Simulationen von PPH-Behandlungen, wo möglich. Die Programme sollten Schulungen zur Physiologie der 3. Wehenphase und zum Management von PPH mit beinhalten, basierend auf visuellen Einschätzungen des Blutverlusts und klinischen Symptomen.
- ▶ Erbringer von Gesundheitsleistungen in den Stand versetzen, die Physiologie normaler Wehen und der Geburt zu verstehen und zusätzliche lebensrettende Maßnahmen wie bimanuellen Druck auf den Uterus und aortalen Druck, falls die Blutungen nach der Gabe von Uterotonika andauern, durchführen zu können [3].
- ▶ Zusammenarbeit mit den wichtigsten Beteiligten für den Einsatz, für die erhöhte Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit von qualifizierter Pflege und wesentlichen lebensrettenden Stoffen, einschließlich Uterotonika, für alle Frauen bei der Geburt.
- ▶ Förderung eines Ansatzes der Aufgabenteilung zur Verbesserung lebensrettender Pflege sowie Herausforderung recht-

licher und politischer Barrieren, die den Zugang zu solcher Pflege begrenzen, durch Sicherstellung von entsprechend im Bereich Geburtshilfe qualifizierten Arbeitskräften, die befähigt sind, Uterotonika zu verabreichen, und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im Gesundheitswesen innerhalb des Bereichs Geburtshilfe.

- ▶ Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen zur Sensibilisierung der Gemeinschaften hinsichtlich der Bedeutung des Zugangs zu vorgeburtlicher Betreuung und ausgebildeten Geburtshelfern bei allen Geburten [4].
- ▶ Einsatz für eine höhere Anzahl von Hebammen und für die Mobilisierung von Ressourcen zur Identifizierung und Umsetzung innovativer Strategien, damit die Geburt sicherer für Frauen ist, insbesondere der Frauen, die am stärksten unterversorgt sind.

Literatur

- 1 Carroli G, Cuesta C, Abalos E et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22: 999–1012
- 2 *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Treatment of postpartum haemorrhage with misoprostol. *Int J Gynaec Obstet* 2012; 119: 215–216
- 3 Lalonde A; *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 117: 108–118
- 4 Role of the midwife in physiological third stage of labour, ICM position statement. 2011