

Rekomendacje FIGO dotyczące zastosowania misoprostolu w ginekologii i położnictwie 2017

FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28643396/>

1. W przypadku poronienia niekompletnego poniżej 13 tygodni ciąży oraz poronienia w toku pomiędzy 13-26 tygodniem ciąży, pacjentka powinna być leczona w oparciu o rozmiar macicy, a nie datę ostatniej miesiączki.
 2. Rekomendacje zostały przedstawione dla poronienia w toku oraz do przygotowania szyjki macicy pomiędzy 13-26 tygodniem ciąży w celu terminacji ciąży powyżej 26 tygodnia ciąży.
 3. W ciąży poniżej 13 tygodnia rekomenduje się stałą liczbę dawek misoprostolu bez określenia maksymalnej dawki. Jest to związane z tym, że często schematy leczenia dla wczesnych ciąż będą stosowane w warunkach ambulatoryjnych.
 4. W ciążach pomiędzy 13-26 tygodniem założenie maksymalnej ilości dawek zostało wysunięte na podstawie badań klinicznych, w których maksymalna dawka jest często odnotowywana nie na podstawie kwestii bezpieczeństwa pacjentki lub jej skuteczności, ale na podstawie wymiernych punktów końcowych.
 5. W praktyce klinicznej, jednakże schemat i dawkowanie można dostosowywać do danego przypadku klinicznego, przy braku rzadko występujących powikłań.
 6. Niektóre niepublikowane badania i doświadczenia kliniczne pokazują, że poronienie kompletne może być bezpieczne osiągnięte w schemacie dawkowania do 72h bez narażenia pacjentki na niebezpieczeństwo.
 7. Niedawno opublikowane dowody wykazują, że jest możliwa alternatywna droga podawania misoprostolu, w wielu przypadkach oznacza to podanie leku drogą policzkową, w której tabletki zostają podane do policzka, a następnie po 30 minutach od przyjęcia pozostałości zostają połknięte przez pacjentkę. Taka droga podania ma podobny profil farmakokinetyczny jak droga dopochwowa.
 8. Dopochwowa droga podania powinna być unikana, gdy występują objawy krwawienia lub infekcji dróg rodnych. Schemat nie zawiera podania doodbytniczego. Nie rekomenduje się tej drogi podania, ponieważ profil farmakokinetyczny nie jest skojarzony z dobrą skutecznością.
-
1. Użycie misoprostolu wśród pacjentek w ciąży pomiędzy 13-26 tyg po poprzednim cięciu cesarskim lub pełnościenną blizn na macicy jest przedmiotem dyskusji, ze względu na wątpliwości dotyczące ryzyka pęknięcia macicy.
 2. W ciąży obumarłej, metaanalizy Cochrane przedstawiają różnorodne wyniki i są niewystarczające, aby określić ryzyko pęknięcia macicy. W przypadku terminacji ciąży z użyciem misoprostolu ryzyko pęknięcia macicy wśród pacjentek po poprzednim cięciu cesarskim jest mniejsze niż 0,3%. Misoprostol może być używany wśród pacjentek po poprzednim cięciu cesarskim lub pełnościenną blizną na macicy w ciąży 13-26 tygodni. Występują niewystarczające dowody, aby rekomendować schemat użycie misoprostolu w przypadku ciąży powyżej 26 tygodnia u kobiet z cięciem cesarskim w wywiadzie lub

pełnościenną blizną na macicy. Zatem, bez dowodów na poparcie bezpiecznego schematu, nie zapewniamy innego niż zlecenia stosowania lokalnego protokołu w takich przypadkach.

Postępowanie w terminacji ciąży lub ciążach obumarłych po 26 tygodniu

1. Nie ma wystarczających dowodów na poparcie zaleceń w niektórych międzynarodowych i krajowych wytycznych, aby stosować mniejszą dawkę misoprostolu w przypadkach ciąży obumarłej. W piśmiennictwie nie ma wystarczających dowodów całościowych na temat przewagi jednej dawki misoprostolu w schemacie nad innymi w ciążach powyżej 13 tygodnia. Najmniejsze możliwe dawki zmniejszają liczbę działań niepożądanych leku, jednakże są związane z dłuższą indukcją poronienia i mniejszą ogólną skutecznością terapii.

Zatrzymane łożysko- niekompletny popłód

1. W dwóch badaniach z użyciem misoprostolu do leczenia zatrzymanego łożyska po porodzie nie wykazano korzyści względem placebo. Nie jest również zalecane zastosowanie misoprostolu w przypadku zatrzymanego łożyska w poronieniach w II trymestrze ciąży.

Wtórna profilaktyka krwotoku poporodowego dla wspólnej strategii

1. Zamiast profilaktyki krwotoku u wszystkich pacjentek podczas 3 okresu porodu, można stosować 800 µg misoprostolu podjęzykowo tylko u pacjentek z krwawieniem większym niż norma (na przykład 350 ml lub więcej).

MISOPROSTOL SCHEMAT ZALECEŃ 2017

<13 tygodnia ciąży	13-26 tydzień ciąży	>26 tygodnia ciąży	Profilaktyka poporodowa
Terminacja ciąży¹ 800 µg podjęzykowo co 3 h lub dopochowo/ dopoliczkowo co 3-12 h (2-3 dawki)	Terminacja ciąży^{1,4,5} 13-24 tydz: 400 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 3h 25-26 tydz: 200 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 4 h	Terminacja ciąży^{1,4,7} 27-28 tydz: 200 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 4h > 28 tydz: 100 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 6 h	Profilaktyka pierwotna krwotoku poporodowego⁸ 600 µg doustnie (x1) lub Profilaktyka wtórna krwotoku poporodowego 800 µg podjęzykowo (x1)
Poronienie chybione 800 µg dopochowo co 3 h (x2) lub 600 µg podjęzykowo co 3 h (x2)	Ciąża obumarła^{4,5} 200 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 4-6 h	Ciąża obumarła⁷ 27-28 tydz: 100 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 4h > 28 tydz: 25 µg dopochowo co 6 h lub 25 µg doustnie co 2 h	Leczenie krwotoku poporodowego⁸ 800 µg podjęzykowo (x1)
Poronienie niekompletne^{2,3} 600 µg doustnie (x1) lub 400 µg podjęzykowo (x1) lub 400-800 µg dopochowo (x1)	Poronienie w toku^{2,4,5,6} 200 µg dopochowo / podjęzykowo / dopoliczkowo co 6 h	Indukcja porodu⁷ 25 µg dopochowo co 6 h lub 25 µg doustnie co 2 h	
Przygotowanie szyjki macicy do aborcji zabiegowej 400 µg podjęzykowo 1 h przed zabiegiem lub dopochowo 3 h przed zabiegiem	Przygotowanie szyjki macicy do aborcji zabiegowej 13-19 tydz: 400 µg podpochwowo 3-4 h przed zabiegiem >19 tydz: zalecane połączenie z innymi procedurami		

Przypisy:

1. Jeśli jest dostępny mifeproston, należy stosować schemat mifeproston+ misoprostol
2. W przypadku niekompletnego poronienia/ poronienia w toku pacjentki powinny być leczone na podstawie wielkości macicy, a nie daty ostatniej miesiączki.
3. W przypadku poronienia niekompletnego poniżej 13 tyg należy poczekać do 2 tygodni, chyba że wystąpi nadmierne krwawienie lub infekcja
4. W przypadku terminacji ciąży >13 tyg dodatkowa dawka misoprostolu może być zastosowana, jeśli nie doszło do wydalenia płodu po 30 minutach od urodzenia płodu.
5. Niektóre badania ograniczają użycie misoprostolu do 5 dawek w ciążach >13 tygodnia, większość pacjentek poroni przed zastosowaniem 5 dawek leku. Jednak część badań wykazało, że zastosowanie więcej niż 5 dawek misoprostolu wiązało się z większą skutecznością przy takim samym poziomie bezpieczeństwa dla pacjentki.
6. W przypadku poronienia w toku zalecane jest zastosowanie dodatkowo amniotomii jako procedury indukcji poronienia w ciąży 13-26 tydz .
7. Jeśli dostępna jest tylko dawka misoprostolu 200 µg, możliwe jest zmniejszenie dawki poprzez rozpuszczenie leku (www.misoprostol.org)
8. W przypadku krwotoku poporodowego misoprostol jest zalecany w przypadku braku dostępu oksytocyny lub nieprawidłowego jej przechowywania.