

Missed abortus: Missed abortus tanısı kesin olduğunda ve/veya serviksin tamamen kapalı olduğu durumlarda tek doz **800 mcg vajinal misoprostol** önerilmektedir.

Düşüğün tamalanmasını sağlamak amacıyla uzun süre izlendiğinde (7-14 gün) yüksek düzeyde başarıya ulaşılabilmektedir. Eğer tıbbi olarak gerekli olmazsa tedaviden sonra, 7 günden önce, cerrahi müdahale yapılması önerilmemektedir.

Notlar:

- Tekrarlanan dozun etkililiği arttırabileceğine dair kanıt bulunmaktadır.
- Misoprostol, yanakla diş eti arasına (bukkal) veya dilaltına (sublingual) uygulandığında da etkili olabilmektedir.

KAYNAK

Ortak Görüş Bildirisi: Kullanma Yönergesi – Misoprostol ile İnkomplet Düşük Ve Spontan Düşük Tedavisi. Misoprostol konusunda uzmanlar toplantısı, Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects tarafından desteklenmiştir. June 9, 2004. New York, NY.

Bu dokümanı destekleyici literatür kaynakları listesi veya ayrıntılı bilgi için, bakınız www.gynuity.org or www.rhnp.org.

Bu doküman, en son bilgiler ve araştırma sonuçları kullanılarak periyodik olarak gözden geçirilmekte ve güncelleştirilmektedir. © 2007 Gynuity Health Projects.

©2008 Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project.

Haziran 2008'de güncelleştirilmiştir

KULLANMA YÖNERGESİ

MİSOPROSTOL İLE İNKOMPLET DÜŞÜK VE SPONTAN DÜŞÜK TEDAVİSİ

GENEL BİLGİ

Misoprostol bir prostaglandin E1 analogudur. Genelde, steroid olmayan anti enflamatuar ilaçların (NSAİDlar) kronik kullanımında gastrik ülseri önlemek ve tedavi etmek için ruhsatlandırılmıştır. Ancak, uterin kontraksiyonlarını indüklemesinden dolayı gebeliğin erken sonlandığı, tamamlanmamış düşük (inkomplet abortus), missed abortus durumlarında da etiket dışı kullanılmaktadır. Misoprostolün bu tür endikasyonlarda güvenli ve etkili biçimde kullanılabileceği araştırmalarla gösterilmiştir. Bu bilgi eğitimli sağlık hizmeti sunulara rehberlik etmek için hazırlanmıştır.

ENDİKASYON VE KULLANIM

Misoprostol, SAT'den itibaren 12 haftalık veya daha küçük gebeliklerde oluşan inkomplet düşük ve spontan düşüklere tedavisinde kullanılabilmektedir.

İnkomplet düşüğe önerilen dozlarda kullanılan misoprostol ile başarı oranı %66-100'dür. Missed abortusda önerilen dozlarda içerisinde kullanılan misoprostol ile başarı oranı %60-93'dür.

KONTRENDİKASYONLAR

- Misoprostol veya diğer prostoglandinlere karşı allerji öyküsü.

- Dış gebelik (ektopik gebelik) şüphesi.
- Pelvik enfeksiyon ve/veya sepsis belirtileri
- Hemodinaminin bozulduğu durumlar veya şok bulguları

ÖNLEMLER

- Misoprostol kullanımı için uygun olan kadınlarda RİA varsa, RİA ilaç tedavisi uygulanmadan önce çıkarılmalıdır.
- Kanama bozuklukları olduğu bilinen veya halen antikoagülan ilaçlar kullanan kadınlara misoprostol tedavisi kullanırken gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir.
- SAT'den itibaren 12 haftalık veya daha küçük gebeliklerde uterus boyutunun 12 haftadan büyük olduğu durumlarda misoprostol dikkatli bir biçimde kullanılabilir (örn.; miyomlara bağlı olarak uterus büyümüş olabilir).
- Az miktarlarda misoprostol veya aktif metaboliti anne sütünde bulunabilir. Bununla ilgili sonuçlar bilinmemektedir. Anne sütüyle beslenen bebeklerde yan etkiler bildirilmemiştir.

ETKİLER VE YAN ETKİLER

Uzun süren veya ciddi etkiler ve yan etkiler ender görülür.

KANAMA

Genellikle misoprostol kullandıktan sonra kanama, tipik olarak iki hafta sürer, bir sonraki adet kanaması başlayana kadar lekelenme tarzında devam edebilir.

Aşağıda belirtilen durumlardan herhangi biri meydana geldiğinde hizmet sunan ile bağlantı kurulması gerektiği, kadınlara anlatılmalıdır: (1) eğer iki saat süresince her saatte 2 büyük hijyenik petten fazla pet ıslanıyorsa (2) eğer

kanama bir kaç gün hafifledikten veya durduktan sonra aniden tekrar yoğun biçimde başlarsa (3) eğer kanama sürekli olarak haftalarca devam ederse veya baş dönmeleri başlarsa veya kafa içinde boşluk hissedilirse.

KRAMPLAR

Kramplar genellikle ilk gün içinde başlamaktadır ve misoprostol kullanıldıktan sonra en erken 30 dakikada başlayabilmektedir. Ağrı, normal adet sancısına kıyasla daha şiddetli olabilir. Ağrıyı hafifletmek amacıyla nonsteroidal anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAİDlar) veya diğer ağrı kesiciler (analjezikler) kullanılabilir. Bu ilaçlar yöntemin başarısını etkilemezler.

YÜKSEK ATEŞ VE/VEYA TİTREME

Titreme, misoprostol kullanımında genellikle ortaya çıkan geçici bir yan etkidir. Yüksek ateş daha az görülür ve enfeksiyon belirtisi olmayabilir. Gerektiğinde, ateşi düşürmek için ateş düşürücü ilaç (antipiretik) kullanılabilir. Misoprostol kullandıktan sonra 24 saatten uzun süren titreme, yüksek ateş olursa kadında enfeksiyon gelişmiş olabilir, derhal kliniğe başvurulmalıdır.

BULANTI VE KUSMA

Misoprostol kullandıktan sonra bulantı, kusma olabilir ve 2-6 saatte geçebilir. Gerektiğinde kusmayı engelleyici ilaç (antiemetik) kullanılabilir.

İSHAL

Misoprostol kullandıktan sonra ishal gelişebilir ancak, bir gün içinde düzelmelidir.

DOZ VE KULLANIM BİÇİMİ

İnkomplet düşük: İnkomplet düşük tedavisinde önerilen rejim, tek doz **600 mcg misoprostol'** un ağızdan veya tek doz sublingual **400 mcg misoprostol (dilatina)** verilmesidir.

**BIBLIOGRAFÍA PARA
"INSTRUCCIONES PARA EMPLEO:
MISOPROSTOL PARA EL
TRATAMIENTO DEL ABORTO
INCOMPLETO Y DEL
ABORTO ESPONTÁNEO"**

Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.

Bique C, M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer and B. Winikoff. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6.

Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103: 860-865.

Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995 Oct; 102(10):832-5.

Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999 Jun; 71(6):1054-9.

Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 768-772.

Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11):1368-75.

Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001 Feb; 16(2):365-9.

Diop A, Raghavan S, Rakotovao JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *In Submission.*

Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; Aug 81 (8) 781-2.

Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993; 306: 894-5.

Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 263-6.

de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995 Sep 9; 311(7006):662.

Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 Aug;187(2):321-5; discussion 325-6.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001 July;16(7):1493-6.

Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 72 (2005) 438-442.

Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004 Nov; 87 (2): 138-42.

Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001 Feb;108(2):213-4.

Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: A randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001 Nov;16(11): 2283-7.

Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, Mashaka N, Westheimer E, Clark W, Winikoff B. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11): 1363-7.

Tang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.

Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005 Sep;106(3):540-7.

Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 563-566.

Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:761-9.