

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Chciałbym dzisiaj wrócić do dawno nieporuszanego, a ciągle niezwykle kontrowersyjnego tematu, jakim jest zastosowanie mizoprostolu w położnictwie. Lek jest niezarejestrowany do zastosowań położniczych, a jest stosowany ogromnie często, co gorsze, w większości przypadków w sposób ryzykowny, zupełnie niezgodny z dość dobrze już wypracowanymi zasadami bezpiecznego stosowania tego niebezpiecznego leku. Oficjalnie mizoprostol zarejestrowany jest jako lek służący do leczenia choroby wrzodowej (Cytotec – mizoprostol 200 µg) lub do zapobiegania chorobie wrzodowej indukowanej stosowaniem leków z grupy NLPZ (Arthrotec, czyli diklofenac 50 lub 75 mg + mizoprostol 200 µg). Nieoficjalnie, jeśli się wpisze którąś z tych nazw w wyszukiwarkę Google, to wyskakują tysiące linków zupełnie bez żadnego związku z chorobami przewodu pokarmowego. Mizoprostol jest stosowany przez lekarzy, położne i bardzo często przez same pacjentki. Co oczywiste, w kraju tak pełnym hipokryzji nikt się do tego nie chce przyznać. W Polsce nie ma żadnych konkretnych regulacji prawnych dotyczących stosowania mizoprostolu w okresie ciąży. W gruncie rzeczy powinny nas obowiązywać zapisy z ulotki – stosowanie w ciąży jest niedopuszczalne, pacjentka, która przyjmuje mizoprostol powinna stosować skuteczną metodę zapobiegania ciąży, bezpieczeństwo stosowania w okresie laktacji (połogu) jest nieznanne. Przypominam, że kilka lat temu Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje dotyczące stosowania mizoprostolu w położnictwie. W rekomendacjach tych niedopuszczalne jest stosowanie mizoprostolu w indukcji porodu żywego dziecka. Znajduje się tam zapis, że w indukcji porodu podajemy preparat niezgodnie z jego rejestracją, zatem: „Lek poda-

jemy na własną odpowiedzialność, co właściwie uniemożliwia jego stosowanie w położnictwie. Z drugiej strony jest to lek, który może być niezwykle skuteczny i pomocny w niektórych sytuacjach położniczych np. w poporodowej atonii mięśnia macicy... Mizoprostol może być stosowany jedynie w przypadkach preindukcji ciąży obumarłych i indukcji poronień lub porodów płodów niezdolnych do życia. W każdym innym zastosowaniu Jednostka powinna otrzymać zgodę odpowiednich Komisji Bioetycznych. Jest to w pełni uzasadnione faktem, iż obserwacje kliniczne tego leku wciąż trwają.”

To ostatnie zdanie ze stanowiska pisanego kilka już ładnych lat temu jest nie do końca aktualne. Od kilkunastu lat prowadzone są na świecie badania nad tym bardzo silnym środkiem naskurczowym, który nie wymaga żadnych lodówek, sterylności, może być stosowany doustnie, douchowo, doodbytniczo i praktycznie zawsze daje silny i długotrwały efekt kliniczny. Z lekiem tym wiąże się ogromne nadzieje, że może zmniejszyć liczbę poporodowych zgonów krwotocznych w krajach trzeciego świata. Doświadczenie z jego stosowaniem jest już tak duże, że Światowa Organizacja Położników i Ginekologów FIGO wydała oficjalne wytyczne dotyczące zastosowania tego preparatu w położnictwie. W tych wytycznych zawarta jest klauzula, że nie mogą one pozostawać w konflikcie z prawem obowiązującym w poszczególnych krajach, więc na dzień dzisiejszy stosowanie mizoprostolu w celu indukcji porodu żywego dziecka jest w naszym kraju niedopuszczalne.

W zaleceniach FIGO podane zostały schematy stosowania mizoprostolu w poszczególnych sytuacjach klinicznych. I tak, w celu indukcji poronienia ciąży w pierwszym trymestrze rekomenduje się podawanie dawki 800 µg (cztery tabletki) dopochwowo.



Taką dawkę można powtórzyć najwyżej dwukrotnie w odstępach co 12 godzin. Przypominam, że w Polsce przerwanie ciąży dopuszczalne jest jedynie ze wskazań medycznych i tzw. prokuratorskich. W przypadku poronienia zatrzymanego (missed abortion) rekomenduje się najwyżej dwukrotne dopochwowe podanie 800 µg w odstępie trzygodzinnym. Podanie dopochwowe można zastąpić podaniem podjęzykowym, przy czym zalecana dawka jest nieco niższa – 600 µg – 3 tabletki. Jeżeli w kilka godzin po podaniu drugiej dawki nie dojdzie do samoistnego opróżnienia jamy macicy, należy procedurę zakończyć zabiegowo. Jeżeli z założenia jamy macicy, to rekomenduje się podanie 400 µg mizoprostolu dopochwowo na trzy godziny przed planowanym zabiegiem. Po trzech godzinach szyjka staje się znacznie bardziej podatna i ryzyko jej mechanicznego uszkodzenia w trakcie rozszerzania kanału jest niewielkie. Wydaje mi się, że to zalecenie można by zastosować w odniesieniu do wszystkich zabiegów wymagających rozszerzania kanału szyjki u kobiet mogących jeszcze w przyszłości być w ciąży. W przypadku resztek po poronieniu, niewymagających ze względu na obfitość krwawienia natychmiastowej interwencji zabiegowej, FIGO zaleca podanie 600 µg mizoprostolu doustnie. Przebycie ciąży cesarskiego nie ma większego wpływu na schemat stosowania środków naskurczowych w pierwszym trymestrze ciąży.

W celu indukcji poronienia w drugim trymestrze, co w Polsce dotyczyć może ciąży do czasu ukończenia 24 tygodnia ze wskazań medycznych, FIGO rekomenduje podawanie dopochwowe 400 µg mizoprostolu co 3 godziny, maksymalnie 5 dawek. W przypadku martwego płodu w ciąży między 13 a 17 tygodniem zaleca się podawanie dopochwowe mizoprostolu w dawce 200 µg co 6 godzin, maksymalnie można podać 4 dawki leku. W ciąży bardziej zaawansowanej, przy zgonie wewnątrzmacicznym płodu między 18 a 26 tygodniem ciąży, należy zastosować ten sam schemat, ale dawkę jednorazową zmniejszyć do 100 µg (½ tabletki). Stan po przebytych cięciu cesarskim nie stanowi bezwzględnie zakazu stosowania mizoprostolu w II trymestrze ciąży, z tym jednak, że rekomenduje się zmniejszenie ordynowanej dawki o połowę.

W trzecim trymestrze ciąży, tj. po 27 tygodniu w przypadku zgonu wewnątrzmacicznego płodu, poród można indukować mizoprostolem, podając go dopochwowo w dawkach od 25 do 50 µg, powtarzając je co 4 godziny, maksymalnie do sześciu dawek.

W indukcji porodu żywego i zdolnego do życia płodu, w krajach, w których jest to dopuszczalne, FIGO rekomenduje podawanie w podobnym schemacie – co 4 godziny, maksymalnie do sześciu dawek 25 µg dopochwowo (1/8 tabletki), albo 20 µg doustnie (1/10 tabletki) co dwie godziny, maksymalnie 12 dawek. FIGO zaznacza, że przedawkowanie leku grozi powikłaniami, oraz zastrzega, że leku nie wolno podawać w trzecim trymestrze u pacjentek po przebytych cięciu cesarskim.

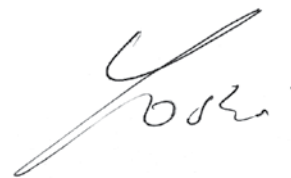
Po porodzie w celu zmniejszenia utraty krwi i zmniejszenia ryzyka krwotoku poporodowego rekomendowane jest podanie 600 µg mizoprostolu doustnie lub podjęzykowo. W rekomendacjach PTG zalecane jest podanie doodbytnicze jako skuteczna droga niezależna od sposobu znieczulania pacjentki i obfitości krwawienia z dróg rodnych. Należy jednak zaznaczyć, że podanie mizoprostolu nie jest prostym zastąpieniem bolusu dożylnego oksytocyny, która powinna być stosowana choćby z tego względu, że podana dożylnie działa szybciej i silniej niż misoprostol i pozostaje w dalszym ciągu podstawowym lekiem

w aktywnym prowadzeniu trzeciego okresu porodu.

Przed podaniem tego leku zawsze zastanówmy się, czy stosujemy go zgodnie z rekomendacjami, czy możemy spokojnie i bez ryzyka wpisać do dokumentacji, że podaliśmy pacjentce mizoprostol. Rekomendacje i zalecenia różnych towarzystw naukowych będą nas bronić pod jednym podstawowym warunkiem, że będziemy postępować zgodnie z nimi. Nie widzę szansy na uniewinnienie, jeśli ktoś w ciąży donoszonej poda całą tabletkę Cytotecu ciężarnej, szczególnie po uprzednio przebytych cięciu cesarskim.

Mam nadzieję, że te uwagi przydadzą się Państwu w codziennej praktyce zawodowej. Ale nie zapomnijcie zajrzeć do środka, ten numer zawiera kilka bardzo dobrych artykułów.

Z wyrazami szacunku,



Romuald Dębski