



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 68
Ιανουάριος 2025

Σε αντικατάσταση της Οδηγίας 42/2020

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Σε ποιες περιπτώσεις επιτρέπεται η τεχνητή διακοπή της κύησης;
- Σε ποιες περιπτώσεις τιμωρείται ο ιατρός;
- Μέχρι ποια εβδομάδα κύησης επιτρέπεται η διακοπή της κύησης για σοβαρές παθήσεις;
- Ποιος χορηγεί την κατά το νόμο απαραίτητη βεβαίωση;
- Τί ισχύει σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο και τη χορήγηση φαρμάκων;
- Ποια είναι η ευθύνη του ιατρού που κάνει προγεννητικό έλεγχο στο 3ο τρίμηνο;
- Ποιά θα πρέπει να είναι η ενημέρωση της εγκύου;
- Τί ισχύει για τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου μετά την 20^η εβδομάδα κύησης;
- Ποιά είναι η διαδικασία που προτείνεται για τη διακοπή της κύησης;
- Ποιές είναι πιθανές ενδείξεις για διακοπή της κύησης;
- Ποιές είναι οι μέθοδοι εκλογής για διακοπή της κύησης στο 1^ο τρίμηνο;
- Ποιά είναι η μέθοδος εκλογής για διακοπή της κύησης στο 2^ο και στο 3^ο τρίμηνο;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή.....	2
II. Διαφορές σε σχέση με τον παλαιό ΠΚ.....	2
III. Συζήτηση.....	2
IV. Μέθοδοι διακοπής κύησης.....	4
V. Συμπεράσματα.....	8
VI. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (2020).....	8
VII. Βιβλιογραφία.....	8

I. Εισαγωγή

- Σε ποιές περιπτώσεις επιτρέπεται η τεχνητή διακοπή της κύησης;
- Σε ποιές περιπτώσεις τιμωρείται ο ιατρός;

Ο νέος Ποινικός Κώδικας (ΠΚ- Νόμος 4619/2019), όπως αυτός τέθηκε σε ισχύ από τον Ιούλιο του 2019, στα άρθρα 304 και 304Α εισάγει σημαντικές τροποποιήσεις στη διαδικασία διακοπής της κύησης καθώς επίσης και σε ότι αφορά τη σωματική βλάβη του εμβρύου ή του νεογνού.

Συνοπτικά αναφέρεται ότι δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
- Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
- Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

Παράλληλα αναφέρει και τα εξής:

- Με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο, προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του νεογνού.
- Όποιος βιαιοπραγεί σε βάρος εγκύου ή της χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του, τιμωρείται με φυλάκιση

τουλάχιστον ενός έτους. Επιβάλλεται φυλάκιση έως ένα έτος ή χρηματική ποινή αν ο υπαίτιος έχει αμέλεια ως προς το αποτέλεσμα αυτό της πράξης του.

- Με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο προκαλεί από αμέλεια του βαριά βλάβη στο έμβρυο ή γίνεται υπαίτιος στο να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του.

II. Διαφορές σε σχέση με τον παλαιό ΠΚ

- Μέχρι ποιά εβδομάδα κύησης επιτρέπεται η διακοπή της κύησης για σοβαρές παθήσεις;
- Ποιός χορηγεί την κατά το νόμο απαραίτητη βεβαίωση;
- Τί ισχύει σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο και τη χορήγηση φαρμάκων;

Σε σχέση με τον παλαιό ΠΚ ο νέος ΠΚ εισάγει της εξής διαφορές:

- Επιτρέπει τη διακοπή κύησης για σοβαρές παθήσεις του εμβρύου ή της εγκύου και μετά την 24^η εβδομάδα κύησης.
- Απαιτείται σε κάθε περίπτωση βεβαίωση του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
- Τιμωρείται ο ιατρός που στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του νεογνού ή γίνεται υπαίτιος στο να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του.
- Τιμωρείται ο ιατρός που χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του.

III. Συζήτηση

- Ποιά είναι η ευθύνη του ιατρού που κάνει προγεννητικό έλεγχο στο 3^ο τρίμηνο;
- Ποιά θα πρέπει να είναι η ενημέρωση της εγκύου;

- Τί ισχύει για τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου μετά την 20^η εβδομάδα κύησης;
- Ποιά είναι η διαδικασία που προτείνεται για τη διακοπή της κύησης;
- Ποιές είναι πιθανές ενδείξεις για διακοπή της κύησης;

Στα πλαίσια του 4^{ου} Forum Προγεννητικού Ελέγχου που έλαβε χώρα στην Αθήνα τον Νοέμβριο του 2019, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Υπερήχων στη Μαιευτική και Γυναικολογία, με τη συμμετοχή Μαιευτήρων-Γυναικολόγων ειδικών στον προγεννητικό έλεγχο, νομικών με εμπειρία στην ιατρική ευθύνη καθώς και κλινικών και εργαστηριακών γενετιστών, έγινε προσπάθεια αποκωδικοποίησης των νέων διατάξεων και σύνταξης οδηγιών που απευθύνονται προς όλους τους εμπλεκόμενους ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα και αφορούν στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, με βάση την ελληνική πραγματικότητα. Συζητήθηκαν επίσης τα ισχύοντα ως προς την διακοπή της κύησης σε διάφορες ευρωπαϊκές και άλλες χώρες

Τα συμπεράσματα που διατυπώθηκαν με βάση ευρεία συναίνεση συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Η επέκταση του ορίου νόμιμης διακοπής της κύησης για σοβαρές παθήσεις του εμβρύου ή της εγκύου πέραν της 24^{ης} εβδομάδας κύησης είναι θετική από τη στιγμή που ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό ανωμαλιών του εμβρύου ή επιπλοκών της κύησης δύναται να εμφανιστεί στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Επομένως, με τη νέα διάταξη ενισχύεται το ανθρώπινο δικαίωμα της εγκύου να επιλέξει αν επιθυμεί διακοπή της κύησης, η οποία μπορεί να γίνει με ασφάλεια και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής σε οργανωμένο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Η ίδια επέκταση αυτού του χρονικού ορίου θέτει ζητήματα νομικής ευθύνης στον ιατρό που πραγματοποιεί εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου (πχ υπερηχογραφήματα, αμνιοπαρακέντηση κλπ) στο 3^ο τρίμηνο. Προτείνεται ο υπερηχογραφικός έλεγχος της αύξησης του εμβρύου στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, σε χρονική στιγμή ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου της κάθε κύησης (βλέπε οδηγία της ΕΜΓΕ για την παρακολούθηση της μονήρους ανεπίπλεκτης κύησης). Κατά την υπερηχογραφική εξέταση του τρίτου τριμήνου καταβάλλεται προσπάθεια από τον εξεταστή να ελέγξει την ανατομία

του εμβρύου. Ωστόσο, είναι διεθνώς αποδεκτό ότι η ευαισθησία των υπερηχογραφημάτων στο 3^ο τρίμηνο όσον αφορά την ανίχνευση ανωμαλιών είναι σημαντικά μειωμένη λόγω αντικειμενικών δυσκολιών στην απεικόνιση και η έγκυος ενημερώνεται ότι δεν είναι δυνατός ο πλήρης ανατομικός έλεγχος. Εφόσον κατά την εξέταση αναγνωριστεί κάποια εμβρυϊκή ανωμαλία που επάγεται τη γέννηση παθολογικού νεογνού, ο εξεταστής οφείλει να ενημερώσει την έγκυο για τις πιθανές επιπτώσεις του ευρήματος στην υγεία του νεογνού.

- Η απαίτηση για σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού θέτει ως προϋπόθεση την εξέταση κάθε περίπτωσης κύησης που η έγκυος επιθυμεί την διακοπή της, από ιατρό της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας (πχ παιδοκαρδιολόγου σε περίπτωση συγγενούς καρδιοπάθειας, παιδονευρολόγου σε περίπτωση ανωμαλίας του ΚΝΣ, κλινικού γενετιστή σε περίπτωση γενετικής ανωμαλίας κοκ) και έγγραφης βεβαίωσης από αυτόν για την πρόγνωση της πάθησης.
- Επεμβατικές εξετάσεις (πχ αμνιοπαρακέντηση), ενδομήτριες θεραπείες (πχ laser σε μονοχοριακά δίδυμα, ενδομήτρια μετάγγιση σε εμβρυϊκή αναιμία) ή χορήγηση φαρμάκων είτε από τον θεράποντα Μαιευτήρα ή από ιατρό άλλης ειδικότητας, μπορούν να επιφέρουν νομικές συνέπειες σε περίπτωση βαριάς βλάβης, θανάτου ή διακοπής της κύησης από αμέλεια. Με τον νέο ΠΚ οι εξετάσεις/θεραπείες αυτές καθίστανται προβληματικές μετά την 20^η εβδομάδα κύησης. Το πνεύμα του νομοθέτη προφανώς είναι να αποτρέψει αναίτιες διακοπές της κύησης μετά την 20^η εβδομάδα με πρόφαση τις πιθανές επιπλοκές των διαφόρων επεμβατικών μεθόδων. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η lege artis εκτέλεση της αμνιοπαρακέντησης και των υπόλοιπων ενδομήτριων επεμβάσεων περιλαμβάνει τη διάτρηση των εμβρυϊκών υμένων και δεν μπορεί να προβλεφθούν οι άμεσες ή απότερες επιπλοκές.

Με βάση τα παραπάνω και τις διατάξεις του νέου ΠΚ, η διαδικασία διακοπής κύησης που θα ισχύει στη χώρα μας προτείνεται ως εξής:

- Ο ειδικός εμβρυομητρικής ιατρικής διαγιγνώσκει την εμβρυϊκή ανωμαλία και παραπέμπει την έγκυο στον ειδικό ιατρό που θα κάνει τη λεπτομερή συμβουλευτική και θα χορηγήσει

την απαιτούμενη έγγραφη βεβαίωση περί της πιθανής πρόγνωσης της πάθησης.

- Σε περίπτωση που πρόκειται για σοβαρή πάθηση της εγκύου ή επιπλοκή της κύησης όπως ορίζεται από τον ΠΚ, βεβαίωση χορηγεί είτε ο ιατρός σχετικής ειδικότητας (πχ ο ψυχίατρος σε ψυχιατρικά περιστατικά) είτε ο θεράπων μαιευτήρας (πχ σε περίπτωση σοβαρής προεκλαμψίας/εκλαμψίας).
- Παραδείγματα ενδείξεων προς διακοπή κύησης και η βαρύτητα αυτών συνοψίζονται στον πίνακα 1.
- Πριν από κάθε υπερηχογραφική/διαγνωστική εξέταση ή διακοπή της κύησης η έγκυος θα πρέπει να ενημερώνεται για τους σκοπούς, τις δυνατότητες, τους περιορισμούς και τους ενδεχόμενους κινδύνους και να συναινεί κατάλληλα υπό τη μορφή έγγραφης συγκατάθεσης.
- Σε περίπτωση που πληρούνται οι προϋποθέσεις του ΠΚ και η έγκυος είναι πλήρως ενημερωμένη για τη φύση της ανωμαλίας/επιπλοκής και της πρόγνωσης αυτής, τότε η έγκυος αποφασίζει αν επιθυμεί τη διακοπή της κύησης.
- Σε νοσηλευτικά ιδρύματα/μαιευτήρια προτείνεται η παραπομπή της κάθε περίπτωσης ξεχωριστά στο επιστημονικό συμβούλιο του ιδρύματος/μαιευτηρίου για ανασκόπηση της υπόθεσης ως επιτροπή βιοηθικής. Η συμμετοχή ιατρών ειδικών στην εμβρυομητρική ιατρική στις επιτροπές αυτές θεωρείται απαραίτητη.
- Αν η ηλικία κύησης είναι μεγαλύτερη των 22 εβδομάδων, προτείνεται να προηγείται η ενδοκαρδιακή έγχυση χλωριούχου καλίου που οδηγεί σε ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου πριν από την έναρξη της διαδικασίας διακοπής κύησης στο νοσηλευτικό ίδρυμα/μαιευτήριο. Αυτή η ιατρική πράξη πρέπει να πραγματοποιείται από ιατρό ειδικό στην εμβρυομητρική ιατρική και συστήνεται να διενεργείται σε άλλον χώρο από εκείνον που θα πραγματοποιηθεί η διακοπή, για την προστασία της ψυχολογικής κατάστασης της μητέρας. Η έγχυση πρέπει να γίνεται υπό συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο και με το πέρας αυτής καταγράφεται η απουσία καρδιακών παλμών του εμβρύου.
- Μετά τη διακοπή της κύησης, θα ήταν χρήσιμη η διενέργεια παθολογοανατομικής περιγεννητικής νεκροτομής από ειδικά εκπαιδευμένο Περιγεννητικό Παθολογοανατόμο, εφ' όσον αυτό είναι εφικτό.

IV. Μέθοδοι διακοπής κύησης

- Ποιές είναι οι μέθοδοι εκλογής για διακοπή της κύησης στο 1^ο τρίμηνο;
- Ποιά είναι η μέθοδος εκλογής για διακοπή της κύησης στο 2^ο και στο 3^ο τρίμηνο;

1^ο τρίμηνο

Η διακοπή της κύησης στο 1^ο τρίμηνο είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική διαδικασία. Μπορεί να γίνει είτε χειρουργικά είτε φαρμακευτικά και επιτυγχάνει ποσοστά πλήρους έκτρωσης της τάξης του 97% και 95% αντίστοιχα με πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών μικρότερη του 1% και για τις δύο μεθόδους.

Στη χειρουργική μέθοδο συνιστάται προφύλαξη με αντιβιοτικά για χλαμύδια και αναερόβια. Η σύσταση αυτή δεν είναι το ίδιο ισχυρή για τη διακοπή με φαρμακευτικές μεθόδους.

Η αναρρόφηση είναι η μέθοδος εκλογής για τη χειρουργική αντιμετώπιση και μπορεί να γίνει με ασφάλεια μέχρι τις 14 εβδομάδες κύησης. Η προεγχειρητική προετοιμασία του τραχήλου με μισοπροστόλη μπορεί να μειώσει την πιθανότητα επιπλοκών.

Στη φαρμακευτική μέθοδο χορηγείται συνδυασμός μifeπριστόνης και μισοπροστόλης, ενώ αν κάποιος από τα δύο σκευάσματα δεν είναι διαθέσιμο, η πιθανότητα ατελούς έκτρωσης ή άλλων επιπλοκών είναι αυξημένη.

Χειρουργική μέθοδος

Η αναρρόφηση ως χειρουργική μέθοδος διακοπής κύησης έχει αντικαταστήσει την απόξεση λόγω μικρότερης πιθανότητας βλάβης του τραχήλου, συνδρόμου Asherman και άλγους.

Για την προετοιμασία του τραχήλου συνιστάται μισοπροστόλη 400-600 μg είτε κολπικά είτε υπογλώσσια. Παρότι συνδέεται με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, η υπογλώσσια χορήγηση μπορεί να επιτύχει ταχύτερη έναρξη δράσης. Η υπογλώσσια μισοπροστόλη χορηγείται 2 ώρες πριν την επέμβαση σε σχέση με την κολπική που χορηγείται 3-4 ώρες πριν την επέμβαση.

Η πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χορήγηση μισοπροστόλης για την προετοιμασία του τραχήλου (π.χ. βλάβες τραχήλου, ρήξη μήτρας, άλγος, αιμορραγία) είναι σημαντικά μικρότερη από το όφελος αυτής και ως εκ τούτου συνιστάται σε όλες τις γυναίκες που θα υποβληθούν σε χειρουργική διακοπή της κύησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Παραδείγματα ενδείξεων προς διακοπή κύησης.

Ταξινόμηση των ενδείξεων για διακοπή της κύησης με βάση τη βαρύτητά τους

1) Θανατηφόρος ανωμαλία

Αναμενόμενο περιγεννητικό αποτέλεσμα με θνησιμότητα μεγαλύτερη από 90%

Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

Μεμονωμένες ανωμαλίες

Ανεγκεφαλία, αγενεσία νεφρών, θανατηφόρος σκελετική δυσπλασία

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Τρισωμία 13, Τρισωμία 18

Μαιευτικές επιπλοκές

Σοβαρού βαθμού υπολειπόμενη αύξηση (πρόγνωση για αναμενόμενο νεογνικό θάνατο), εξαιρετικά πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων

Μη χρωμοσωμικές γενετικές παθήσεις

Σύνδρομο Smith Lemli Opitz, σύνδρομο Fryns

2) Σοβαρή νοσηρότητα

Περιγεννητική θνησιμότητα πιθανώς μικρότερη από 90% αλλά αναμένεται μείζων αναπηρία στην παιδική ή πρώιμη ενήλικη ζωή

Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

Μεμονωμένες ανωμαλίες

Ολοπροσεγκεφαλία, δισχιδής ράχη, βαριά καρδιοπάθεια

Πολλαπλές ανωμαλίες (άγνωστος καρύοτυπος)

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Μη ισοζυγισμένες μεταθέσεις, σύνδρομο Turner με ύγρωμα ή άλλη συνοδό ανωμαλία

Μη χρωμοσωμικές γενετικές παθήσεις

Κυστική ίνωση, μυϊκή δυστροφία Duchene

Συγγενείς λοιμώξεις

Λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό με συνοδές ανατομικές ανωμαλίες

3) Μεμονωμένη νοητική υστέρηση

Βέβαιη νοητική υστέρηση αλλά χωρίς μείζονα φυσική αναπηρία

Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Τρισωμία 21, σύνδρομο εύθραυστου X

4) Μη σαφώς καθορισμένη βαρύτητα ή πρόγνωση (αναπηρία μέτριας βαρύτητας, όψιμη έναρξη, μεταβλητή έκφραση ή αβέβαιη πρόγνωση)

Ετερογενής ομάδα παθήσεων όπου η έννοια της "υψηλής πιθανότητας" μιας "ιδιαιτέρως βαρείας πάθησης" ερμηνεύεται με γενικότητα. Στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνονται παθήσεις όπου:

α) η πιθανότητα βαρείας αναπηρίας δεν είναι γνωστή με ακρίβεια

β) υπάρχει όψιμη έναρξη της πάθησης στη ζωή του ανθρώπου

γ) υπάρχει δυνητικά ιάσιμη νόσος που συμβαίνει σε οικογένειες με ιστορικό αντίστασης στις παρούσες θεραπείες

δ) δεν υπάρχει ομοφωνία για τη βαρύτητα της αναπηρίας

Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Σύνδρομο Turner χωρίς συνοδά ευρήματα, σύνδρομο Klinefelter

Μεμονωμένες ανωμαλίες

Αγενεσία μεσολοβίου, σχιστία χείλους / υπερώας, ανωμαλία άκρου

Μη χρωμοσωμικές γενετικές παθήσεις

Αχονδροπλασία, μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία

Έκθεση σε τερατογόνα

Ισοτρετινοίνη, μεθοτρεξάτη

Σημαντική σημείωση: Τα παραδείγματα που αναφέρονται παραπάνω είναι ενδεικτικά. Μία πάθηση δύναται να αλλάξει κατηγορία βαρύτητας αναλόγως των ενδείξεων (evidence) που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία τη δεδομένη χρονική στιγμή. Τα περιστατικά πρέπει να εξετασθούν.

Η συνιστώμενη μέθοδος νάρκωσης είναι η μέθη όπου χρησιμοποιούνται συνήθως διαζεπάμη και φεντανύλη.

Η αναρόφηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια και με υψηλά ποσοστά επιτυχίας μέχρι τη 14^η εβδομάδα κύησης.

Κατά τα συνήθη, γίνεται προετοιμασία πεδίου/καθαρισμός, αμφίχειρη εξέταση, διαστολή τραχήλου, είσοδος του καθετήρα αναρόφησης και αναρόφηση του περιεχομένου της μήτρας. Δεν ενδείκνυται περαιτέρω απόξεση με ξέστρο.

Η υπερηχογραφική διεγχειρητική καθοδήγηση δεν είναι απαραίτητη εκτός από κήσεις μικρότερες των 7 εβδομάδων ή μεγαλύτερες των 12 εβδομάδων.

Το περιεχόμενο της αναρόφησης πρέπει να εξετασθεί επισκοπικά για την παρουσία εμβρυικών τμημάτων και σε περίπτωση παρουσίας τους δεν είναι απαραίτητη η ιστολογική εξέτασή τους. Εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις υποψίας μύλης κύησης.

Φαρμακευτική μέθοδος

Τα φαρμακευτικά σχήματα έχουν ως εξής:

- κύηση μικρότερη ή ίση των 9 εβδομάδων: 200 mg μιφεπριστόνη από του στόματος, ακολουθούμενη 24-48 ώρες μετά από 800 μg μισοπροστόλη (είτε κολπικά/παρειακά είτε υπογλώσσια). Για κήσεις μικρότερες ή ίσες των 7 εβδομάδων μπορεί να χορηγηθούν 400 μg μισοπροστόλη αντί των 800 μg.
- κύηση 9-13 εβδομάδων: 200 mg μιφεπριστόνη από του στόματος, ακολουθούμενη 36-48 ώρες μετά από 800 μg μισοπροστόλη κολπικά. Επαναλαμβανόμενη μισοπροστόλη 400 μg κάθε 3 ώρες κολπικά ή από του στόματος μπορεί να δοθεί με μέγιστο τις 4 επαναλήψεις.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμη μιφεπριστόνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σχήμα μόνο με μισοπροστόλη, με πιθανότητα επιτυχίας έως 88%, ως εξής:

- 800 μg μισοπροστόλη υπογλώσσια κάθε 3 ώρες (3 δόσεις) ή παρειακά ή κολπικά κάθε 3-12 ώρες (2-3 δόσεις).

Όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου, συνήθως δίδονται μη ναρκωτικά σκευάσματα συμπεριλαμβανομένης της παρακεταμόλης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών.

Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για τα συμπτώματα των πιθανών επιπλοκών π.χ. της λοίμωξης καθώς και τα συμπτώματα σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας.

Η μέση διάρκεια της αιμορραγίας μετά από τη φαρμακευτική μέθοδο είναι 14 ημέρες αλλά μπορεί να φτάσει μέχρι και τις 21 ημέρες. Έτσι οι γυναίκες πρέπει να συμβουλευονται το θεράποντα ιατρό τους σε περίπτωση σοβαρής κολπικής αιμόρροιας, κοιλιακού άλγους ή πυρετού.

Η υπερηχογραφική εξέταση για τη διαπίστωση της πλήρους έκτρωσης δεν είναι απαραίτητη γιατί ενδομήτρια ευρήματα μικτής ηχογένειας είναι συχνά μετά από διακοπή κύησης (φαρμακευτική ή χειρουργική) και μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση και μη απαραίτητες επεμβάσεις.

Επιπροσθέτως η έναρξη αντισύλληψης πρέπει να συζητηθεί την ημέρα της διακοπής. Η άμεση τοποθέτηση ενός μακράς δράσης εμφυτεύματος προγεστερόνης ή χορήγηση ενέσιμης Depot medroxyprogesterone acetate δεν ελαττώνει την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής μεθόδου διακοπής.

2^ο και 3^ο τρίμηνο

Η διακοπή της κύησης στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο αποτελεί περίπου το 20% του συνόλου των διακοπών κύσεων. Οι διακοπές αυτές είναι υψηλότερης νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με αυτές του 1^{ου} τριμήνου.

Σε γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε διακοπή κύησης 2^{ου} και 3^{ου} τριμήνου, ο υπερηχογραφικός έλεγχος της κύησης και η επιβεβαίωση της ακριβούς ηλικίας αυτής είναι απαραίτητος. Εργαστηριακός έλεγχος και κυρίως ο έλεγχος του μηχανισμού πήξης του αίματος θα πρέπει να παρέχεται, ενώ η έλεγχος για συνοσηρότητες θα πρέπει να διενεργείται, όπως αυτός προκύπτει από το ιστορικό της ασθενούς.

Χειρουργική μέθοδος

Η χειρουργική διακοπή της κύησης μπορεί να εφαρμοστεί στο 2^ο τρίμηνο της κύησης και ειδικότερα στο χρονικό διάστημα μεταξύ 14 - 16 εβδομάδων. Παρόλα αυτά η διακοπής κύησης σε αυτές τις εβδομάδες δεν είναι επιλογή 1^{ης} γραμμής. Απαραίτητο είναι να υπάρχει η σχετική εμπειρία και ο κατάλληλος εξοπλισμός αναρροφητικών και χειρουργικών ξέστρων μεγάλης διαμέτρου (>12χιλ),

για την διενέργεια της ανωτέρω χειρουργικής πράξης σε αυτές τις εβδομάδες. Η επέμβαση θα πρέπει να διενεργείται υπό άμεση υπερηχογραφική (διακοιλιακή) παρακολούθηση.

Φαρμακευτική μέθοδος

14⁺⁰ – 23⁺⁶ εβδομάδα

Η έναρξη της θεραπείας γίνεται με 200 mg μιφεπριστόνη από του στόματος και 48 ώρες αργότερα ακολουθεί χορήγηση 800 μg μισοπροστόλης κολπικά. Στην συνέχεια χορηγούνται 400 μg μισοπροστόλης είτε από του στόματος, είτε υπογλώσσια, είτε παρειακά κάθε 3 ώρες, μέχρι 4 δόσεις, δηλαδή συνολικά 2400 μg μισοπροστόλης.

24⁺⁰ – 25⁺⁰ εβδομάδες

Η θεραπεία και σε αυτές τις εβδομάδες ξεκινάει με 200 mg μιφεπριστόνη από του στόματος. Μετά παρέλευση 48 ωρών ακολουθεί η χορήγηση 400 μg μισοπροστόλης είτε από του στόματος, είτε υπογλώσσια, είτε παρειακά κάθε 3 ώρες μέχρι 4 ή 5 δόσεις (συνολικά 2000 μg μισοπροστόλης).

25⁺¹ – 28⁺⁰ εβδομάδες

Η χορήγηση των 200 mg μιφεπριστόνης 48 ώρες πριν την χορήγηση της μισοπροστόλης εφαρμόζεται και στις 25⁺¹ – 28⁺⁰ εβδομάδες. Μετά την παρέλευση του 48ώρου χορηγούνται 200 μg μισοπροστόλης κάθε 4 ώρες από του στόματος, υπογλώσσια, ή παρειακά μέχρι 4 ή 5 δόσεις (συνολικά 1000 μg μισοπροστόλης).

28⁺¹ – 32⁺⁰ εβδομάδες

Στις 28⁺¹ – 32⁺⁰ εβδομάδες χορηγούνται και πάλι 200 mg μιφεπριστόνης 48 ώρες πριν την χορήγηση 100 μg μισοπροστόλης από του στόματος, υπογλώσσια ή παρειακά κάθε 6 ώρες μέχρι 4 δόσεις (συνολικά 400 μg μισοπροστόλης).

Μετά τις 32 εβδομάδες

Μετά τις 32 εβδομάδες, εφόσον κρίνεται απαραίτητη η διακοπή της κύησης ακολουθούνται τα πρωτόκολλα πρόκλησης τοκετού.

Αποτυχία πρωτοκόλλου

Η επιτυχής τεχνητή διακοπής της κύησης στις παραπάνω περιπτώσεις ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 95%, εφόσον έχουν τηρηθεί τα δοσολογικά σχήματα και τα μεσοδιαστήματα χορήγησης. Επίσης, με την αυστηρή τήρηση των πρωτοκόλλων το ποσοστό επιπλοκών περιορίζεται σε λιγότερο του 1% (τραύμα τραχήλου, ρήξη μήτρας, σήψη, κ.α.).

Στις περιπτώσεις όπου δεν επιτεύχθηκε αποβολή του κυήματος μετά το πέρας του πρωτοκόλλου, επιβάλλεται ανάπαυση της εγκύου για 12 ώρες από την τελευταία χορήγηση της μισοπροστόλης και εν συνεχεία επανέναρξη του πρωτοκόλλου της εκάστοτε εβδομάδας με το ίδιο ακριβώς δόσεις μισοπροστόλης και μεσοδιαστήματα χορήγησης. Εάν και μετά την επαναληπτική χορήγηση δεν επιτεύχθηκε η εκβολή του εμβρύου, η χειρουργική προσέγγιση (χειρουργική διαστολή τραχήλου-κένωση μήτρας, μητροτομή), αποτελούν τις εναλλακτικές μεθόδους ολοκλήρωσης της τεχνητής διακοπής της κύησης. Η χορήγηση εκ νέου 200 mgr μιφεπριστόνης και επανέναρξη των ανωτέρω σχημάτων μισοπροστόλης 24 ώρες μετά είναι μια από τις προτεινόμενες εναλλακτικές.

Αναισθησία και αναλγησία

Γενική ενδοφλέβια αναισθησία αποτελεί τον κανόνα (μέθη, λαρυγγικός σωλήνας) κατά την διενέργεια της χειρουργικής διακοπής της κύησης.

Τα συνήθη αναλγητικά ή και οπιοειδή δύναται να χρησιμοποιηθούν κατά την εξέλιξη της φαρμακευτικής διακοπής της κύησης. Σε περιπτώσεις μη επαρκούς αναλγησίας, η περιοχική αναισθησία (επισκληρίδιος ή ραχιαία αναισθησία) μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική προσέγγιση.

Χορήγηση αντιβίωσης

Η χορήγηση αντιβίωσης δεν κρίνεται απαραίτητη τουλάχιστον σε επίπεδο ρουτίνας, ειδικότερα δε σε περιπτώσεις της φαρμακευτικής διακοπής της κύησης. Στις περιπτώσεις όπου ο θεράπων κρίνει απαραίτητη την χορήγηση της αντιβίωσης λόγω σηπτικής κατάστασης του κυήματος όπως για παράδειγμα η παρατεταμένη παραμονή νεκρού εμβρύου εντός της μήτρας (3-4 εβδομάδες), ή τραυματισμός του κατώτερου γενετικού συστήματος (κυρίως μετά από χειρουργική διακοπή της

κύησης) προτείνεται η περιεγχειρητική χορήγηση 1 gr αζιθρομικίνης και 1gr μετρονιδαζόλης ενδοφλεβίως. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί 1gr μετρονιδαζόλη ενδοφλεβίως και στη συνέχεια 100 mg δοξυκυκλίνη από του στόματος δύο φορές ημερησίως για 7 ημέρες.

V. Συμπεράσματα

- Ο νέος Ποινικός Κώδικας του 2019 εισάγει σημαντικές τροποποιήσεις στη διαδικασία διακοπής της κύησης καθώς επίσης και σε ότι αφορά τη σωματική βλάβη του εμβρύου ή του νεογνού.
- Η διακοπή της κύησης επιτρέπεται πλέον σε όλα τα τρίμηνα επί σοβαρών ενδείξεων όπως τις ορίζει ο νόμος.
- Η διακοπή της κύησης πρέπει να γίνεται από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα και με τις ενδεικνυόμενες μεθόδους.

VI. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (2020)

- Προστέθηκε ενότητα με τις ενδεικνυόμενες μεθόδους διακοπής σε κάθε τρίμηνο της κύησης.

Ομάδα σύνταξης παρούσας οδηγίας

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Ιωάννης Καλογιαννίδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Γεώργιος Μακρυδήμας

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ιωάννινα

Ομάδα συντονισμού

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

VII. Βιβλιογραφία

1. Ποινικός Κώδικας (Ν. 4619/2019), 15° κεφάλαιο, Εγκλήματα κατά της ζωής και προσβολές του εμβρύου, Άρθρα 304 και 304Α. https://www.lawspot.gr/sites/default/files/images/nea/pk-pinakas-m3_rev3.pdf
2. Dommergues et al. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? *Prenat Diagn* 2010;30:531-539.
3. Lui et al. First trimester termination of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2020, 63: 13-23.
4. ACOG Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol*. 2013 Jun;121(6):1394-406.
5. Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, et al. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Aug;187(2):393-7.
6. Arvidsson C, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Nov 1;123(1):87-91.
7. Bebbington MW, Kent N, Lim K, et al. A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Oct;187(4):853-7.
8. Cabrera Y, Fernandez-Guisasola J, Lobo P, et al. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011 Apr;51(2):158-65.
9. Choudhary N, Bagga R, Raveendran A, et al. Second trimester abortion in women with and without previous uterine scar: Eleven years experience from a developing country. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Oct;16(5):378-86.
10. Dickinson JE, Evans SF. A comparison of oral misoprostol with vaginal misoprostol administration in second-trimester pregnancy termination for fetal abnormality. *Obstet Gynecol*. 2003 Jun;101(6):1294-9.
11. Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, et al. A randomized comparison of two regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Sep;189(3):710-3.
12. Guix C, Palacio M, Figueras F, et al. Efficacy of two regimens of misoprostol for early second-trimester pregnancy termination. *Fetal Diagn Ther*. 2005 Nov-Dec;20(6):544-8.

13. Kalogiannidis I, Tsakiridis I, Dagklis Th, et al. Comparison of the efficacy and the safety of two combined misoprostol regimens for second trimester medical abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(1):42-47.
14. Langer BR, Peter C, Firtion C, et al. Second and third medical termination of pregnancy with misoprostol without mifepristone. *Fetal Diagn Ther*. 2004 May-Jun;19(3):266-70.
15. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, et al. Comparative Study of Misoprostol in First and Second Trimester Abortions by Oral, Sublingual, and Vaginal Routes. *J Obstet Gynaecol India*. 2015 Jul;65(4):246-50.
16. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):601-8.
17. Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *Lancet*. 1991 Nov 16;338(8777):1233-6.
18. Perritt JB, Burke A, Edelman AB. Interruption of nonviable pregnancies of 24-28 weeks' gestation using medical methods: release date June 2013 SFP guideline #20133. *Contraception*. 2013 Sep;88(3):341-9.
19. Tang J, Kapp N, Dragoman M, et al. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 May;121(2):186-9.
20. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99 Suppl 2:S160-7.
21. Wildschut H, Both MI, Medema S, et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan 19(1):CD005216.

Η αρχική οδηγία (2019) συντάχθηκε από ομάδα Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, ειδικών στον προγεννητικό έλεγχο, νομικών με ειδικότητα στην ιατρική ευθύνη και κλινικών και εργαστηριακών γενετιστών στα πλαίσια του 4^{ου} Forum Προγεννητικού Ελέγχου που έλαβε χώρα στην Αθήνα τον Νοέμβριο του 2019, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Υπερήχων στη Μαιευτική και Γυναικολογία.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.