

Modello 6

INFORMATIVA SU ABORTO INTERNO PER PAZIENTI

Si definisce “aborto spontaneo” la perdita spontanea della gravidanza entro la 12° settimana di amenorrea. Si stima che circa il 60% dei concepimenti possa esitare in aborto in fase precocissima, spesso confuso con ciclo mestruale in ritardo, e che il 20% circa delle gravidanze diagnosticate con test di gravidanza positivo, va incontro ad un aborto spontaneo entro la fine del terzo mese. Sebbene a volte siano riconoscibili delle condizioni specifiche che determinano la perdita della gravidanza (infezioni, malattie, anomalie genetiche, farmaci), nella maggior parte dei casi la causa dell'aborto è sconosciuta

L'aborto viene definito “interno” quando la gravidanza si è interrotta, ma non è accompagnata da perdite ematiche e dalla espulsione spontanea del prodotto del concepimento. Spesso non si associa a sintomi specifici e può essere totalmente asintomatico. Solo dopo un variabile periodo di tempo (giorni o anche settimane), compaiono i sintomi (perdite di sangue e dolore) dovuti al tentativo dell'utero di espellere il contenuto. Molto spesso la diagnosi di aborto viene fatta in occasione di un controllo ecografico che visualizza un sacco gestazionale che non cresce o la presenza di embrione senza attività cardiaca e spesso di misure inferiori a quelle aspettate per la data epoca di gravidanza.

POSSIBILI OPZIONI TERAPEUTICHE:

L'aborto spontaneo può essere gestito con 3 diverse metodiche, ovvero: attesa, terapia medica o terapia chirurgica.

Le possibilità di successo della terapia dipendono da diversi fattori tra cui l'epoca gestazionale. Il medico deciderà l'opzione migliore tenendo conto della situazione clinica e delle Sue preferenze.

- **Trattamento di attesa:** Il 65-90% degli aborti va incontro a risoluzione spontanea entro 2-6 settimane. Dopo la diagnosi di aborto è possibile la condotta di attesa in assenza di emorragia in atto. Verrà proposto un controllo ecografico a distanza di circa 2 settimane. Tale metodica si associa a tempi di risoluzione più lunghi, maggior rischio emorragico e maggior rischio di necessità di intervento chirurgico d'urgenza. Non è dimostrato un aumento del rischio di infezioni uterine
- **Trattamento medico:** Prevede l'utilizzo di farmaci somministrati per bocca o per via vaginale, che attivano contrazioni uterine ed una modificazione del collo dell'utero fino all'espulsione della gravidanza. Il trattamento ha una percentuale di successo media dell'85%, variabile in base all'epoca gestazionale ed al tipo di aborto spontaneo. Il suo utilizzo consente di evitare alcune delle complicanze associate al trattamento chirurgico ed è pertanto particolarmente indicato in pazienti con aumentati rischi anestesiológicos e chirurgici. Il trattamento medico si associa ad una maggiore quantità e durata del sanguinamento, alla necessità di controlli ripetuti e ad un aumentato rischio di eseguire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di forti dolori od emorragie. La somministrazione dei farmaci viene effettuata in regime di ricovero ospedaliero diurno (day hospital) e prevede un primo accesso per la somministrazione di un farmaco, un secondo accesso dopo 2 gg per somministrazione di altri farmaci ed un terzo accesso a distanza di circa 2 settimana per eseguire un controllo ginecologico e somministrare un secondo ciclo di farmaci in caso di svuotamento non ottimale dell'utero. Sarà poi necessario eseguire un controllo con test di gravidanza a 20-30 gg ed eventuale controllo ecografico. Le complicanze legate alla terapia medica consistono in
 - o dolori mestruali (55-95% dei casi, gestibili con antidolorifici)
 - o sanguinamento maggiore di quello mestruale
 - o nausea
 - o vomito
 - o diarrea
 - o cefalea
 - o vertigini
 - o febbre
 - o eruzione cutanea (rara).
- **Trattamento chirurgico:** La procedura viene effettuata in regime di ricovero ospedaliero diurno (day surgery), in sedazione profonda (addormentata ma con respiro spontaneo senza necessità di intubazione delle vie aeree). Dopo aver eseguito gli accertamenti clinici e firmato il consenso, si

procederà alla somministrazione di un farmaco che permette di ammorbidire la cervice in modo da rendere più semplice e meno sconvolgente la procedura chirurgica; in genere si aspettano 2-3 ore dalla somministrazione dei farmaci all'effettuazione dell'intervento, lasso di tempo durante il quale potrebbero comparire dolori addominali e perdite ematiche. L'intervento consiste nel dilatare con appositi strumenti la cervice e "pulire" la cavità uterina mediante aspirazione con apposite cannule o con pinze ad anelli. Si procede poi con apposito strumento a "grattare" le pareti uterine per ottenere una pulizia a fondo (da qui il termine di raschiamento). La dimissione è prevista 2-3 ore dopo l'esecuzione della procedura. Complicanze della procedura chirurgica possono essere:

- Febbre (2%)
- Necessità di ripetere procedura chirurgica per una non completa pulizia della cavità uterina (2%)
- Sanguinamento importante con necessità di prolungare il ricovero per 24 ore (<1%)
- Perforazione dell'utero (0.5%)

- Complicanze anestesilogiche (<0.1%)
- L'esecuzione di interventi chirurgici per aborto interno, specie se ripetuti più volte per successivi episodi di aborti, comportano un aumentato rischio di anomalie placentari nelle gravidanze successive o la formazione di aderenze e cicatrici nella cavità uterina con alterazioni del ciclo mestruale e ridotta fertilità

In tutti i casi di aborto spontaneo, indipendentemente dal trattamento, verrà richiesto il gruppo sanguigno con fattore RH; a tutte le donne RH negative saranno somministrate immunoglobuline anti-D mediante un'iniezione intramuscolare per evitare che si sviluppino anticorpi che potrebbero portare a gravi conseguenze in una futura successiva gravidanza

Speriamo che queste informazioni siano adeguate a spiegarle bene le procedure che si accinge ad effettuare. In caso di dubbi non esiti a rivolgersi al personale sanitario

Dr Mario Ciampelli
Direttore UOC Gin.Ost.