

3. TRATTAMENTO CHIRURGICO

La procedura con cui si effettua lo svuotamento dell'utero è detta ISTEROSUZIONE: la gravidanza cioè viene aspirata dopo aver dilatato il canale del collo dell'utero. Tale trattamento è il più efficace nel determinare il completo svuotamento uterino (99% di successo), ma presenta un'incidenza lievemente maggiore di complicazioni a breve e lungo termine.

Conduzione:

Alla diagnosi di aborto interno si programma il Day-Hospital per l'isterosuzione. Il ricovero è programmato entro 7 giorni dalla diagnosi, o prima in caso di urgenze in atto. Nei giorni che precedono il ricovero programmato possono verificarsi perdite ematiche, ma solo se queste sono abbondanti o accompagnate da dolori addominali è necessario recarsi in pronto soccorso. In Pre-Ricovero qualche giorno prima o in Day-Hospital lo stesso giorno dell'intervento verranno effettuati degli esami ematochimici, un elettrocardiogramma ed una visita anestesiológica. L'intervento viene eseguito in sedazione profonda. La dimissione avverrà nel tardo pomeriggio, dopo una visita medica di controllo.

Complicanze:

FEBBRE che ha necessitato di trattamento antibiotico (2% dei casi)
ricovero prolungato di 24 ore per abbondante SANGUINAMENTO (< 1% dei casi)
RIPETIZIONE DELL'INTERVENTO per completamento (1 - 2% dei casi)
PERFORAZIONE D'UTERO (0,5% dei casi). Questa complicanza eccezionalmente comporta la necessità di procedere ad apertura dell'addome per riparare la lesione
COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE (< 0,1% dei casi)
Sono riportate inoltre, soprattutto in caso di isterosuzioni ripetute, complicanze a lungo termine, come l'aumentato rischio di parto prematuro o 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 con aborto spontaneo dopo l'8° settimana saranno somministrate immunoglobuline anti-D mediante un'iniezione intramuscolare per evitare che sviluppino anticorpi che potrebbero portare a gravi conseguenze in una futura successiva gravidanza.

Dipartimento Materno Infantile Direttore: Prof.ssa Anna Locatelli GESTIONE DELL'ABORTO SPONTANEO NEL 1° TRIMESTRE



U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore Prof. A. Locatelli
Presidio Ospedaliero di Carate Brianza
Via Mosè Bianchi, 9 - tel. 0362.984.1



U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore FF Prof. A. Locatelli
Presidio Ospedaliero di Desio
Via Giuseppe Mazzini, 1 - tel. 0362.383.1



U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore Dr. M. G. Penotti
Presidio Ospedaliero di Vimercate
Via SS Cosma e Damiano, 10 tel
039.6654.1

DEFINIZIONE ED INCIDENZA

Si definisce "aborto spontaneo" la perdita spontanea della gravidanza entro le 12 settimane di amenorrea. Si stima che circa il 60% dei concepimenti esita in aborto in fase precocissima, spesso confuso con un mestruo ritardato e che il 15 - 20% delle gravidanze diagnosticate 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.

Si possono verificare tre diverse situazioni:

aborto completo: la completa espulsione della gravidanza avviene più facilmente nelle settimane precoci. In questi casi può verificarsi un episodio di sanguinamento vaginale simile al flusso mestruale o leggermente superiore, accompagnato da crampi addominali. In genere entro alcuni giorni le perdite e il dolore cessano. Se al momento del controllo le perdite ematiche sono scarse o assenti, non è necessario nessun provvedimento, mentre se persistono si dovrà rivalutare la situazione per un nuovo piano terapeutico. Dopo 30 giorni circa ricompare il normale ciclo mestruale.

aborto incompleto: non è più visibile la gravidanza in utero, ma la cavità uterina non è del tutto vuota e mostra al suo interno un contenuto disomogeneo. Nei giorni o nelle ore precedenti alla diagnosi solitamente si verificano perdite ematiche vaginali e dolori addominali. Il medico consiglierà la terapia adeguata valutando la quantità delle perdite di sangue e dopo aver controllato con l'ecografia lo spessore interno della cavità uterina.

aborto interno: la gravidanza è interrotta ma non accompagnata da perdite ematiche. L'aborto interno spesso non si associa a sintomi specifici, 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 programmato che visualizza un sacco gestazionale che non cresce o la presenza di embrione o feto, spesso di sviluppo inferiore alla settimana di gravidanza, senza battito cardiaco.

POSSIBILITA' DI TRATTAMENTO DELL'ABORTO SPONTANEO (INCOMPLETO O INTERNO)

L'aborto spontaneo può essere trattato in tre modi: **attesa, terapia medica o chirurgica** tutte hanno come obiettivo il completo svuotamento della cavità uterina. Le possibilità di successo dipendono da diversi fattori tra cui l'epoca gestazionale. Il medico deciderà l'opzione migliore tenendo conto del quadro clinico e della vostra preferenza.

1. TRATTAMENTO D'ATTESA

Il 65 - 90% degli aborti va incontro a risoluzione spontanea entro 2 - 6 settimane. Dopo la diagnosi di aborto è perciò possibile la condotta di attesa in assenza di perdite ematiche emorragiche e in caso desiderate evitare il trattamento medico e chirurgico. Sarà programmato un controllo ambulatoriale dopo circa 2 settimane. Questa scelta si associa però a tempi di risoluzione più lunghi, maggior rischio emorragico e maggior rischio di necessità di un intervento chirurgico d'urgenza. Non è dimostrato un aumento del rischio di infezioni uterine. E' necessario ripetere un test di gravidanza a distanza di 30 giorni dalla diagnosi di svuotamento completo. Se il test dovesse risultare positivo, si dovrà eseguire un controllo ginecologico ed ecografico più un dosaggio quantitativo delle β -HCG.

2. TRATTAMENTO MEDICO

Il trattamento medico prevede l'utilizzo di compresse di Misoprostolo somministrate per via vaginale, un farmaco che attiva contrazioni uterine e una modificazione del collo dell'utero fino alla espulsione della gravidanza. Il trattamento con Misoprostolo 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 indicato in pazienti con aumentati rischi anestesiológicos e chirurgici. Tuttavia, così come la condotta di attesa, il trattamento medico si associa ad una maggiore quantità e durata del sanguinamento, alla necessità di controlli ripetuti e a un aumentato rischio di eseguire un intervento di isterosuzione in urgenza.

Conduzione

In assenza di controindicazioni può essere somministrato il Misoprostolo per via vaginale. Tale somministrazione viene effettuata in regime ospedaliero, dopo esecuzione di esami ematochimici. La dimissione avverrà dopo circa 4 ore di osservazione con prescrizione di terapia analgesica e programmazione di un controllo dopo 3 - 10 giorni, per valutare se si sia completato l'aborto o sia necessaria una seconda somministrazione del farmaco. In caso di seconda somministrazione si programmerà un successivo controllo dopo alcuni giorni per valutare il completamento dell'aborto o la necessità di isterosuzione. In caso di aborto incompleto, è possibile dilazionare il primo controllo a circa 2 settimane. È necessario ripetere un test di gravidanza a distanza di 30 giorni dall'aborto completo. Se il test dovesse risultare positivo, si dovrà eseguire un controllo ginecologico ed ecografico più un dosaggio quantitativo delle β HCG.

Complicanze ed effetti collaterali

Dolori simil - mestruali nel 55 - 95% dei casi, maggiori rispetto a un ciclo normale nel 25% dei casi. Gli antidolorifici sono efficaci nell'attenuarli. Il sanguinamento è simile o maggiore rispetto a quello di un ciclo mestruale. È generalmente più abbondante nei primi 2 - 3 giorni, anche se perdite ematiche più scarse possono persistere per 2 - 3 settimane. In caso di emorragia, cambio di assorbente ogni ora o più, potrebbe essere necessario un intervento chirurgico d'urgenza. Nausea, vomito, diarrea (molto variabile da donna a donna) con risoluzione spontanea in 2 - 6 ore ; Cefalea/vertigini 1.5%; Febbre/brivido nello 0.5% dei casi Eruzione cutanea (raro) .

N.B. È necessario ritornare in Pronto Soccorso se a domicilio compare uno dei seguenti sintomi: perdite ematiche molto abbondanti o maleodoranti, febbre > 38, dolori addominali intensi.