

### 3. TRATTAMENTO CHIRURGICO

La procedura con cui si effettua lo svuotamento dell'utero è detta ISTEROSUZIONE: in sedazione profonda, previa dilatazione del collo dell'utero si aspira il contenuto della cavità uterina. 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. La dimissione avverrà nel tardo pomeriggio, dopo una visita medica di controllo.

#### Complicanze:

FEBBRE che necessita di trattamento antibiotico (2% dei casi)

Ricovero prolungato di 24 ore per abbondante SANGUINAMENTO (< 1% dei casi)

RIPETIZIONE DELL'INTERVENTO per ritenzione di materiale (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 della parete dell'utero.

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 all'interno della cavità uterina con alterazioni del ciclo mestruale e ridotta fertilità.

L'eventuale immunoprofilassi anti-D in caso di emogruppo Rh negativo verrà eseguita in relazione alle settimane gestazionali in cui si è verificato l'aborto e alla modalità di trattamento.

Dipartimento Materno Infantile

Direttore: Dott.ssa Patrizia Calzi

## GESTIONE DELL'ABORTO SPONTANEO NEL 1° TRIMESTRE



U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
Direttore Dott. M. Manni  
Presidio Ospedaliero di Carate Brianza  
Via Mosè Bianchi, 9 - tel. 0362.984.1



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



U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
Direttore Dr.ssa L. Giacomantonio  
Presidio Ospedaliero di Vimercate  
Via SS Cosma e Damiano, 10  
tel 039.6654.1

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Brianza

## DEFINIZIONE ED INCIDENZA

Si definisce “aborto spontaneo” la perdita spontanea della gravidanza entro le 12 settimane. Si stima che circa il 60% dei concepimenti esiti in aborto in fase precocissima, spesso confuso con una mestruazione ritardata e che il 15 - 20% delle gravidanze diagnosticate vada 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 alcun provvedimento, mentre se persistono si dovrà rivalutare l’evoluzione della condizione clinica per un nuovo piano terapeutico.

Dopo 30-40 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 con l’ ecografica si evidenzia ancora del materiale al suo interno. Nei giorni o nelle ore precedenti alla diagnosi di aborto solitamente si verificano perdite ematiche vaginali e dolori addominali. Il medico consiglierà la terapia adeguata valutando l’entità delle perdite di sangue e, con l’ecografia, lo spessore del materiale ancora ritenuto all’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)

La gestione dell’aborto spontaneo prevede tre modalità: condotta di **attesa, terapia medica o terapia chirurgica**; tutte hanno come obiettivo il completo svuotamento della cavità uterina. Le possibilità di successo dell’attesa e della terapia medica dipendono da diversi fattori tra cui l’epoca gestazionale e la presenza di sintomi. Insieme al medico si deciderà l’opzione migliore, tenendo considerando il 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 desideriate 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, possibile rischio emorragico e maggior rischio di necessità di un intervento chirurgico d’urgenza. Non è dimostrato un aumento del rischio di infezioni uterine.

## 2. TRATTAMENTO MEDICO

In assenza di controindicazioni il trattamento medico prevede l’utilizzo di compresse di misoprostolo somministrate per via vaginale, un farmaco che attiva la modificazione del collo dell’utero e le contrazioni uterine per ottenere l’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 (incompleto o interno). 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 entità e durata del sanguinamento (nella maggior parte dei casi mai emorragico), alla necessità di controlli ripetuti (1-3) e alla possibilità di dover eseguire un intervento di isterosuzione (in urgenza per un sanguinamento emorragico o programmato se il trattamento medico fallisse).

### Conduzione

La somministrazione vaginale del misoprostolo viene effettuata in regime ospedaliero, dopo esecuzione di esami ematochimici. La dimissione avverrà dopo circa 2/4 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 seguito all’eventuale seconda somministrazione si programmerà un successivo controllo dopo alcuni giorni per valutare il completamento dell’aborto o la necessità di isterosuzione o successivi controlli da valutare per ogni singolo caso.

### 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. Possono manifestarsi altri in modo molto variabile da donna a donna: nausea, vomito, diarrea con risoluzione spontanea entro 2 - 6 ore dalla somministrazione del farmaco; cefalea/vertigini nell’1.5% dei casi; 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.*