

Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza

Dolore fisico ed emotivo, prevenzione e cura

Valeria Dubini
Direttore SC ASF 10 - Firenze

Sebbene aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza (IVG) rappresentino eventi molto diversi tra loro, è indubbio che vi sono dei punti che li accumunano e che devono far porre attenzione agli stati emotivi che li sottendono: spesso invece siamo abituati ad etichettarli come "interventi minori" e a sottovalutarne le ricadute, anche a distanza, che possono avere sulla vita della donna.

Aborto

Secondo la definizione dell'ISTAT, si intende aborto spontaneo quello che avviene nei primi 180 giorni di gestazione. Appare evidente la differenza tra gli aborti del primo trimestre e quelli più tardivi, laddove il progetto ha avuto modo di svilupparsi e di creare attese ancora più consistenti.

Aborto del primo trimestre

Gli aborti del primo trimestre riconoscono come causa prevalente (circa il 90% dei casi) alterazioni cromosomiche non compatibili con lo sviluppo dell'embrione: si tratta insomma di una sorta di selezione biologica naturale nei confronti degli embrioni che non hanno la capacità di andare incontro al loro sviluppo.

Il determinante principale degli aborti spontanei è rappresentato dall'età materna, poiché gli ovociti hanno l'età della donna e più anziani sono più vanno incontro a errori in quel delicato processo che è rappresentato dalla divisione dei cromosomi (meiosi).

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva crescita dell'età materna, soprattutto al primo figlio, e dunque è evidente che abbiamo una parallela crescita di gravidanze cercate e desiderate che vanno incontro ad aborto.

La **tabella 1** riporta la percentuale di donne over 35 e over 40 che partoriscono in Toscana, e dà una chiara indicazione dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni.

Nonostante sia chiaro che l'aborto spontaneo rappresenta quindi qualcosa di ineluttabile a cui non si può porre rimedio, spesso le donne che vanno incontro a questa esperienza pensano di avere qualcosa di cui rimprover-

rarsi: un viaggio, una vita troppo frenetica, quel peso eccessivo portato, quello sforzo in più...

In realtà, specie quando si tratti di una prima gravidanza e in età non più giovanissima, quello che viene vissuto è il senso del "fallimento", della non capacità a "contenere": si aggiunga a questo il fatto che oggi le nostre rappresentazioni precocissime attraverso l'ecografia spingono la donna a parlare di "bambino" sin dal primo trimestre, prefigurando già da questa epoca un percorso futuro certo e ben definito.

Per l'operatore l'aborto del primo trimestre rappresenta un evento frequente e routinario: si pensi che nei nostri testi si parla di aborto spontaneo solo dopo il terzo aborto. Per la donna, invece, rappresenta spesso l'improvviso infrangersi di un progetto a lungo sognato, desiderato e perseguito: il momento della diagnosi rappresenta pertanto un passaggio molto delicato, in cui è opportuno dedicare del tempo e spiegare bene come le motivazioni non stiano nella "colpa" che la donna si sente addosso.

E' anche importante accogliere il dolore di quel momento senza minimizzarlo, riconoscendo la delusione e la volontà di darsi una spiegazione.

Una prima accoglienza adeguata può essere essenziale nella successiva elaborazione del lutto e può essere un primo valido aiuto nel prevenire spunti depressivi, sentimenti di incapacità e perdita di autostima che spesso accompagnano questa esperienza.

Sovente, dopo un aborto spontaneo, persistono a lungo dolori addominali o ai rapporti, come se quel corpo che non è stato capace di contenere la gravidanza non potesse più essere in grado di dare piacere. Questi disturbi non devono essere sottovalutati o sottostimati, e può rendersi necessario un supporto psicologico e/o sessuologico quando tali disturbi continuino nel tempo.

La tendenza ad essere più conservativi, cercando di evitare il "raschiamento" a favore di trattamenti medici o comportamenti di attesa, può aiutare ad elaborare il lutto più serenamente, vivendolo in modo più naturale e meno traumatico.

Aborto del secondo trimestre

L'aborto del secondo trimestre è certamente un'esperienza molto drammatica, perché meno prevedibile e fortunatamente più rara. Le cause più frequenti sono l'incompetenza cervicale e le infezioni materne e/o fetalì.

La drammaticità dell'interruzione di un progetto che, nella maggior parte dei casi, si considera consolidato una volta passate le prime 12 settimane è resa ancora maggiore dalle modalità con le quali si rende necessario effettuare l'intervento medico: se infatti non avviene un'espulsione spontanea

si utilizzano oggi trattamenti medici che servono a provocare le contrazioni. Talvolta il trattamento si protrae per giorni, magari in un reparto dove altre donne tornano dalle sale parto con i bambini in braccio, e sicuramente tutto questo può costituire un'esperienza devastante nella vita della donna.

L'attenzione e la vicinanza degli operatori costituisce qui, a maggior ragione, un elemento fondamentale per l'evoluzione futura: spesso, dopo un aborto del secondo trimestre, emergono sentimenti di morte e di incapacità per elaborare i quali è indispensabile un percorso di accompagnamento psicologico successivo.

E' anche importante, come ormai sappiamo, che al momento la madre possa vedere il feto partorito per fare leva sul senso di realtà ed evitare percezioni fantasmatiche che talvolta prefigurano immagini mostruose, mutilate o malate.

Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)

Spesso nel nostro Paese siamo abituati a parlare di IVG in termini ideologici, e troppo raramente si cerca di comprendere le motivazioni che spingono una donna a una decisione dolorosa come quella di interrompere la gravidanza.

Spesso la donna è ritenuta l'unica responsabile della scelta, per egoismo, scarsa autoprotezione, superficialità: mai si parla di un partner che magari se ne è andato, che non se la sente di condividere la scelta, che si è disinteressato delle scelte riproduttive della coppia, che magari utilizza il "sabotaggio contraccettivo" come strumento di controllo nell'ambito di una violenza domestica.

Eppure dietro questa scelta ci sono spesso realtà difficili e la concreta impossibilità di accogliere una nuova vita: altre volte ci sono ambivalenze che riguardano la coppia, il partner o la donna stessa.

Soprattutto nelle giovanissime, fascia di età nella quale meno delle altre si è ridotto il ricorso all'IVG, c'è anche l'ambivalenza determinata dal timore di non essere donna abbastanza da avere una gravidanza e la paura poi di affrontarla una volta avvenuta.

Sono molti i lavori in Letteratura che riportano una storia di violenza domestica nelle donne che ricorrono all'IVG, specialmente ripetuta.

Una recente indagine multicentrica condotta dall'AOGOI su 11 centri distribuiti su tutto il territorio nazionale dimostrava un'incidenza del 20% di storie di violenza domestica nelle donne che ricorrevano all'IVG, con un OR di 2.2 nelle IVG ripetute: il 50% delle donne che riferivano di avere subito violenza fisica dichiarava di avere subito abusi anche nell'infanzia e

il 20% di queste donne utilizzava farmaci psicotropi.

L'esperienza dell'IVG viene percepita sul proprio corpo e non può non lasciare dei segni, che si manifestano anche a distanza di tempo.

Anche in questo caso è necessario un supporto e un accompagnamento psicologico nella scelta, non giudicante e non finalizzato alla dissuasione, ma mirato ad elaborare il lutto e l'inevitabile senso di colpa.

Conclusioni

Come spesso accade, anche se le donne non parlano, il corpo parla e segni di dolore lasciati da esperienze traumatiche si manifestano nel tempo in disagi psichici e sessuali, ma anche in patologie croniche come fibromialgia, dolore pelvico cronico, cistiti interstiziali, vulvodinia.

Una maggiore attenzione al problema e una non banalizzazione da parte degli operatori, oltre alla creazione di percorsi specifici di supporto, possono essere di aiuto nel prevenire e/o nell'attenuare i successivi disagi.

Bibliografia

Dubini V et al. Violenza contro le donne compiti e obblighi del ginecologo, Editeam 2010

Dubini V. et al. La salute della donna, un approccio di genere: violenza e ripercussioni sulla salute. Osservatorio O.N.D.A, Franco Angeli 2010

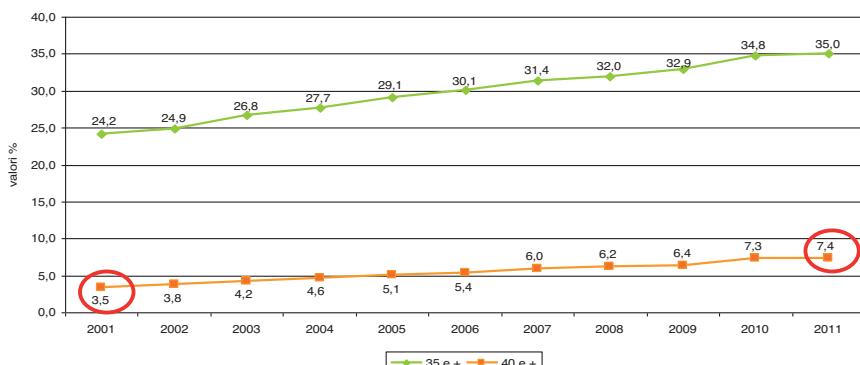
Gazmararian J. A. et al. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. Matern Child Health J 2000; 4,2: 79-8

Miller E. et al. Male partner pregnancy-promoting behaviors and adolescent partner violence: findings from a qualitative study with adolescent females. Ambulatory Pediatrics 2007;7:360-366

Spurgeon D. Women requesting a second or subsequent abortion should be screened for abuse. BMJ 2005;330:560

Tabella 1

Età materna* over 35 e over 40



Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura

MILANO, 6 GIUGNO 2014



Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

| | |
|---------------|--|
| 08.00 - 08.45 | Registrazione dei partecipanti |
| 08.45 - 09.00 | Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano</i> |
| | <i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario Regionale AOGI Lombardia</i> |
| 09.00 - 09.30 | Lettura inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 09.30 - 11.20 | SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i> |
| 09.30 - 09.50 | Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 09.50 - 10.10 | Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i> |
| 10.10 - 10.30 | Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i> |
| 10.30 - 10.50 | Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i> |
| 10.50 - 11.20 | Discussione |
| 11.20 - 11.40 | Coffee break |
| 11.40 - 13.15 | SIMPOSIO: BIOFILM E INFESIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUEPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i> |
| 11.40 - 12.00 | Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 12.00 - 12.20 | Infesioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i> |
| 12.20 - 12.40 | Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> |
| 12.40 - 13.00 | Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i> |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>13.00 - 13.15 Discussione</p> <p>13.15 - 14.00 Pranzo</p> <p>14.00 - 14.30 Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i></p> |
| 14.30 - 16.30 | <p>SIMPOSIO: IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA <i>Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini</i></p> |
| 14.30 - 14.50 | <p>Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbilità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URL-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i></p> |
| 14.50 - 15.10 | <p>Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i></p> |
| 15.10 - 15.30 | <p>Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i></p> |
| 15.30 - 15.50 | <p>Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesiista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesiista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i></p> |
| 15.50 - 16.10 | <p>Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i></p> |
| 16.10 - 16.30 | <p>Discussione</p> |
| 16.30 - 17.30 | <p>SIMPOSIO: RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE IN OSTETRICIA <i>Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia</i></p> |
| 16.30 - 16.50 | <p>Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i></p> |
| 16.50 - 17.10 | <p>Terapia della vulvodynìa post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i></p> |
| 17.10 - 17.30 | <p>La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i></p> |
| 17.30 - 18.00 | <p>Discussione plenaria e Take Home Messages</p> |
| 18.00 - 18.30 | <p>Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i></p> |

INDICE

| | |
|---|----------|
| Infiammazione e dolore in ostetricia | pag. 05 |
| Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico | pag. 15 |
| Semeiotica del dolore in gravidanza | pag. 25 |
| Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo | pag. 33 |
| Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o | pag. 37 |
| Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate | pag. 43 |
| Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere | pag. 55 |
| Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza | pag. 59 |
| Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio | pag. 63 |
| Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza | pag. 67 |
| Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali | pag. 81 |
| Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista | pag. 87 |
| Semeiotica del dolore in puerperio | pag. 95 |
| Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista | pag. 99 |
| Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione | pag. 103 |
| Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista | pag. 107 |
| Terapia della vulvodinia post partum | pag. 115 |
| La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo | pag. 119 |