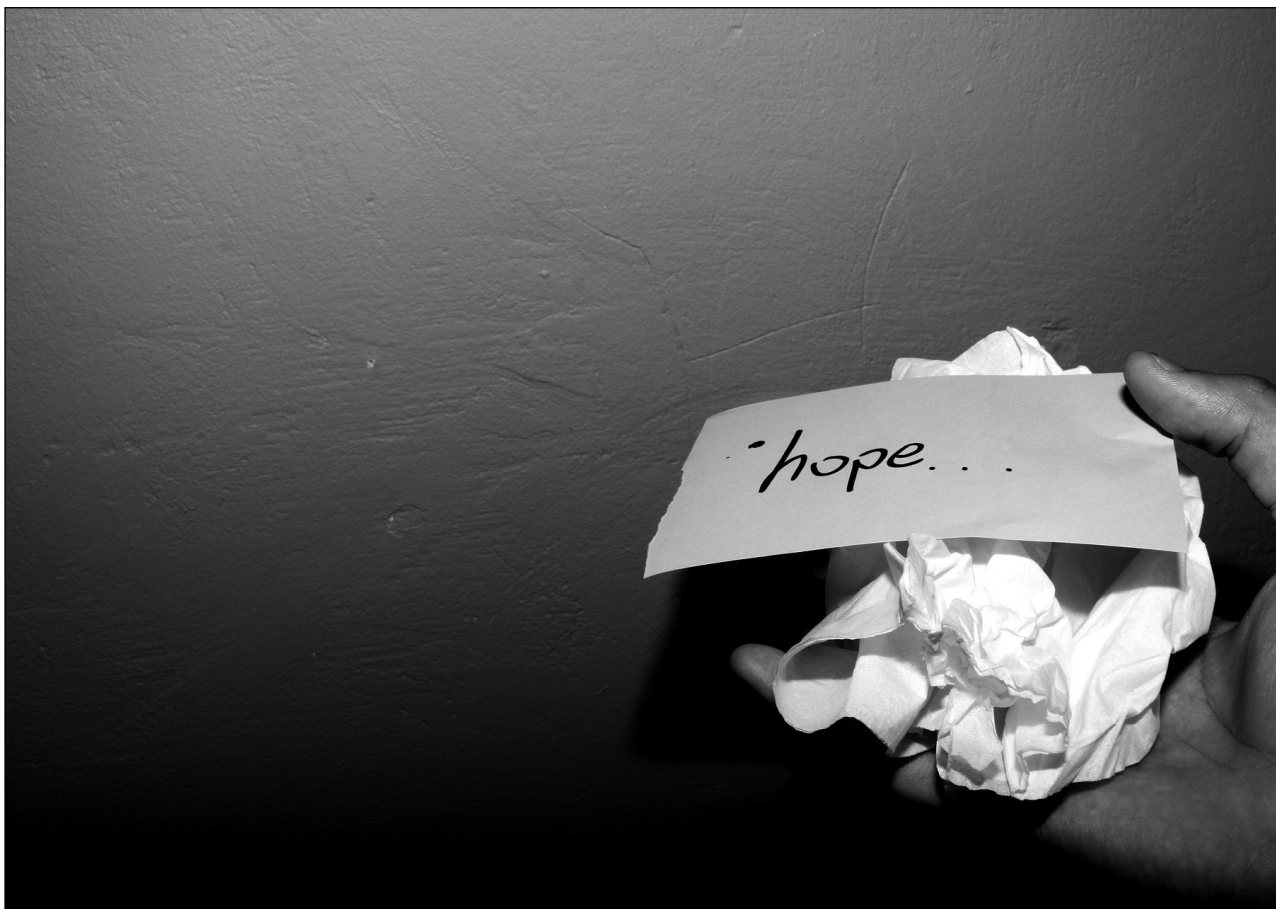
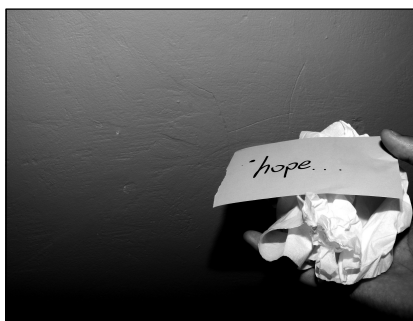

Aborto e morte in utero: aspetti medici e domande più frequenti

a cura della dr.ssa Valentina Pontello, ginecologa



Indice

Aborto precoce (nelle prime 10 settimane)	3
Aborto tardivo (>10 SETTIMANE) e morte endouterina fetale (MEF)	5
Parto pretermine	6
Poteva essere prevenuto l'aborto/morte in utero/parto pretermine?	7
Mi hanno detto che il bambino era grande, si può escludere un'insufficienza placentare?	8
DOVE FARSI SEGUIRE?	9
DOVE NON FARSI SEGUIRE?	9
QUALI ESAMI FARE?	10
Quando posso iniziare a cercare una nuova gravidanza?	15
I cicli mestruali dopo il parto/aborto non sono regolari, perché?	16
Le terapie	16
Bibliografia	17
Link consigliati	17
Note	17



Aborto precoce (nelle prime 10 settimane)

Ho perso il mio bambino a 6 settimane, era il primo aborto. Quali esami devo fare?

Purtroppo l'aborto è un evento frequente, che riguarda **una gravidanza su 5** e che avviene per la maggior parte dei casi **nelle prime 8-10 settimane** di gestazione.

Un singolo aborto non è di per sé un'indicazione a procedere con ulteriori accertamenti.

La causa più comune di aborto in epoca embrionale (cioè nelle prime 10 settimane di gravidanza) è di **tipo cromosomico**, cioè un'anomalia nell'unione tra la cellula uovo e lo spermatozoo, che avviene per caso e la cui probabilità cresce all'aumentare dell'età materna.

Dopo i 40 anni, almeno il 70% degli aborti sono da causa genetica.

Anche al primo aborto può essere utile richiedere l'esame istologico del materiale abortivo al momento del raschiamento, ma raramente questo è informativo, cioè riesce a dare indicazioni sulla reale causa di aborto. Tuttavia, se l'esame istologico è eseguito da un anatomopatologo esperto, possiamo avere qualche indicazione. Ad esempio, se sono segnalate cellule con nuclei di aspetto irregolare (o "indentato", come da terminologia tecnica) siamo orientati verso una causa cromosomica, anche se ovviamente senza l'esame citogenetico non possiamo sapere esattamente di quale anomalia si tratti (trisomie, triploidie, etc.).

Ho avuto due (o più) aborti entro le prime 10 settimane, quali esami devo fare?

È molto importante valutare a quante settimane si sono fermate le gravidanze, **considerando le dimensioni embrionali** e non le settimane a cui è stata fatta la diagnosi ecografica o il raschiamento.

L'uovo cieco, cioè la camera gestazionale senza embrione, è da considerarsi come un aborto avvenuto tra le 4 e le 5 settimane e quasi sempre si tratta di un'anomalia cromosomica incompatibile con lo sviluppo dell'embrione. Lo stesso per quanto riguarda la cosiddetta gravidanza biochimica, un aborto molto precoce che consiste nella comparsa di mestruazione dopo un test di gravidanza positivo.

Dal secondo aborto in poi sono indicati una serie di accertamenti rivolti a escludere patologie materne di base (*vedi il capitolo Esami*). In particolare è importante che a ogni



raschiamento successivo al primo venga richiesto oltre all'esame istologico l'esame citogenetico sul materiale abortivo.

L'esame citogenetico può essere fatto solo sul materiale a fresco (prelevato con il raschiamento) e consiste nel mettere in coltura le cellule per farle crescere, come avviene nella villocentesi. Purtroppo, se il materiale è stato a lungo ritenuto o non è stato raccolto correttamente (se ad esempio c'è stata una contaminazione batterica) l'esame potrebbe non dare alcun risultato. L'esame citogenetico alterato spiega una buona parte dell'abortività ricorrente senza causa apparente. Infatti, in questo caso non ci sono patologie materne di base, ma il problema è a carico dell'embrione, che per sua natura stessa non può progredire il suo sviluppo.

Uno o più aborti da causa cromosomica richiedono di eseguire il cariotipo di coppia, che nella grande maggioranza dei casi risulta regolare. Infatti, solo una stretta minoranza degli aborti precoci ricorrenti sono dovuti a traslocazioni bilanciate in uno dei due genitori, un tipo di anomalia genetica che non crea problemi a chi ne è portatore, ma può favorire lo sviluppo di embrioni con cromosomi sbilanciati.

In caso di abortività ricorrente da presupposta causa cromosomica si può cercare di ovviare al problema mediante una stimolazione ormonale: infatti, un'ovulazione multipla aumenta le probabilità che ci sia almeno un ovocita di buona qualità. In altri casi, si può addirittura ricorrere alla fecondazione in vitro con diagnosi preimpianto.

Gli aborti precoci (entro le 10 settimane) **difficilmente sono legati a trombofilia materna**, in quanto è normale che nelle prime settimane di gravidanza l'embrione si trovi in un ambiente a basso contenuto di ossigeno, che anzi stimola lo sviluppo della sua vascolarizzazione.

Trovare quindi una situazione di trombofilia nel corso di esami per abortività precoce ricorrente è un reperto del tutto casuale, ma utile da sapere, non tanto per le prime settimane di gravidanza, ma per il suo corretto proseguimento.

L'unica causa accertata di trombofilia che predispone agli aborti ricorrenti è **la sindrome da anticorpi antifosfolipidi**, legata alla presenza di lupus anticoagulant (*vedi il capitolo Esami*). Altre cause di aborto ricorrente possono essere ad esempio disfunzioni della tiroide, diabete mellito di tipo 1, morbo celiaco, anomalie uterine, come l'utero setto.



Aborto tardivo (>10 SETTIMANE) e morte endouterina fetale (MEF)

Ho perso il mio bambino dopo le 10 settimane, quali esami devo fare?

Le perdite fetali, cioè **dopo le 10 settimane** di gravidanza (o per lunghezze embrionarie superiori ai 40 mm) **devono sempre essere indagate a tutto campo**, senza tralasciare nessun particolare.

L'**esame fondamentale** in questo caso è l'**istologia della placenta**, oltre all'esame autoptico, che mostrerà se c'erano malformazioni incompatibili con la vita.

Al giorno d'oggi comunque, la specializzazione degli ecografisti fa sì che raramente venga riscontrata all'autopsia un'anomalia che non era stata per lo meno sospettata durante la gravidanza. L'esame citogenetico è ugualmente importante, ma a volte può non venire per problemi tecnici. In questo caso, se è stato fatto il duo test nel primo trimestre, questo non esclude, ma rende comunque improbabile che la causa dell'aborto sia stata un'anomalia cromosomica.

Pertanto, l'esame guida è quello della placenta: questa è la scatola nera della gravidanza, che ci può dire che cosa non abbia funzionato correttamente.

Se ci sono stati **fenomeni trombotici** saranno segnalati: depositi massivi di fibrina, villi immaturi, nodi sinciziali (sono delle strade a fondo cieco), trombosi vascolari, emorragia retro placentare (ovvero distacco di placenta).

Se ci sono stati **fenomeni infettivi** la placenta segnerà la presenza di corionamniotite acuta.

In ogni caso è importante che la placenta sia **letta da un anatomopatologo esperto**.

Se la descrizione non è sufficientemente dettagliata (si capisce che è troppo breve e non dà indicazioni sulla causa della perdita), *si può far rileggere i vetrini da un consulente esterno per un secondo parere*. Basta richiederli all'anatomia patologica del proprio ospedale, che **per legge** li deve conservare per diversi anni.



Parto pretermine

Ho avuto un parto pretermine prima delle 32 settimane, quali accertamenti devo fare?

Il parto pretermine è una complicanza grave, spesso imprevedibile e difficile da prevenire.

Si può manifestare in varie forme: ad esempio **attività contrattile** persistente oppure **rottura del sacco amniotico**. In entrambi i casi, si pensa che la causa scatenante sia di tipo infettivo.

L'infezione è più spesso di tipo ascendente, cioè **viene dalla vagina**, e spesso è legata a germi intestinali. Durante la gravidanza è fondamentale curare la regolarità intestinale e l'igiene dei genitali esterni, *anche se a volte purtroppo questo non basta*.

In altri casi, si pensa che il parto pretermine, soprattutto se si ripete, possa essere dovuto ad un cedimento strutturale del collo dell'utero, la cosiddetta **incontinenza cervicale**. In questi casi, il medico può valutare la necessità di inserire un cerchiaggio preventivo, un intervento da fare a 13-14 settimane di gravidanza.

Può essere utile anche in questi casi **fare tutto il set di esami previsti dal protocollo Morte Endouterina Fetale (MEF)**, in quanto si pensa che anche **fattori di tipo ischemico**, cioè legati a un deficit di ossigenazione placentare, possano contribuire a rendere l'utero più irritabile e facile alle contrazioni.

Oltre a questi, sono consigliati i **tamponi infettivologici** completi: vaginale, endocervicale, urinocoltura.

Spesso questi esami risultano negativi, perchè l'infezione che ha scatenato il parto pretermine ormai è già stata eliminata dal sistema immunitario, anche se ha lasciato i suoi esiti devastanti.

Un'altra via infettiva possibile, oltre a quella per via vaginale è quella ematogena, cioè **attraverso il sangue** verso la placenta.

La **toxoplasmosi** è la più conosciuta, ma raramente è causa di aborto (se non nel primo trimestre di gravidanza). Un'infezione che invece può essere talmente grave da provocare la morte fetale è la **listeriosi**, che si acquisisce per contatto con le urine degli animali selvatici, un evento molto raro se ci si ciba solo di prodotti di supermercato, che sono sicuri.



Poteva essere prevenuto l'aborto/morte in utero/parto pretermine?

Al di là di situazioni specifiche, in generale purtroppo **non è possibile prevenire il primo evento** ostetrico avverso.

Tuttavia, in molti casi si possono identificare i fattori di rischio e quindi seguire la gravidanza in modo personalizzato.

Alcuni fattori di rischio noti per esiti ostetrici avversi sono:

- età materna avanzata
- gravidanza da fecondazione in vitro, specie se con ovodonazione
- condizioni mediche materne (diabete, malattie autoimmuni, malattie dei reni, ipertensione, etc.)
- eccessivo aumento ponderale in gravidanza
- diabete gestazionale
- fumo

Si deve sempre cercare di prevenire l'evento successivo. E spesso si può.

Chi ha avuto in una gravidanza precedente morte in utero, ritardo di crescita, gestosi, deve seguire un percorso specifico presso un centro per gravidanze a rischio, e, se indicato dal medico, seguire una terapia preventiva.

Mi hanno detto che il bambino era grande, si può escludere un'insufficienza placentare?

Se il bambino è nato di peso normale o superiore alla media, non si può escludere comunque a priori che la placenta non abbia funzionato correttamente.

Anzi, l'evenienza di morte in utero di un bambino grande fa pensare al fatto che, proprio perché era grande avesse bisogno di più ossigeno e quindi la placenta non fosse adeguata per nutrirlo a sufficienza.

Il peso del bambino, inoltre, è un dato grezzo che da solo non ci dà informazioni sufficienti.

Bisogna infatti sapere quanto era lungo, e calcolare quindi il **PONDERAL INDEX**, che è il rapporto tra peso fetale e la lunghezza del feto al cubo. I valori normali vanno da 2.32 (10° centile) a 2.85 (90° centile).

Inoltre, altri fattori determinanti sono quelli legati alla **costituzione dei genitori**. Un bambino di 3 kg può essere considerato normale, ma se i genitori sono alti 1,80m in realtà è piccolo. Viceversa, un bambino di 2,700g non è solitamente considerato un ritardo di crescita se nato da genitori di bassa statura. La crescita fetale, quindi, andrebbe valutata in base a curve di crescita personalizzate in base a etnia, età materna, costituzione (peso e altezza) dei genitori.

I fattori che possono incidere su un aumentato rischio di morte in utero sono: diabete materno di tipo 1, diabete gestazionale, eccessivo aumento ponderale.

La curva glicemica della gravidanza era "piatta", che cosa vuol dire?

Un esempio di curva glicemica piatta è 80-82-80, oppure in alcuni casi una curva "invertita", che va in ipoglicemia a 2 ore: 80-80-65. Tale situazione è indicativa di un'eccessiva produzione di insulina quando arriva troppo zucchero tutto insieme.

Dal punto di vista medico, non si tratta di diabete, ma di una condizione comune, *che viene ritenuta da molti, a torto, fisiologica*. Infatti, se la donna non si mette a dieta, ma assume carboidrati semplici (zucchero, dolci, etc.) in modo eccessivo, il risultato è lo stesso del diabete gestazionale: eccessiva crescita fetale, polidramnios, maggiore rischio di morte in utero.

In questi casi occorre seguire una dieta a basso indice glicemico (cioè la stessa che fanno le donne con diagnosi di diabete gestazionale) in modo scrupoloso e attento.



DOVE FARSI SEGUIRE?

La prima cosa da fare dopo una perdita fetale è una serie di accertamenti, da eseguire sotto la supervisione di un **centro specialistico per la gravidanza a rischio**. Ce ne sono in tutti i grandi ospedali delle principali città, soprattutto negli ospedali universitari, ma non solo. Il ginecologo privato può essere tenuto come supporto ulteriore, per i piccoli dubbi (visto che raramente i grandi ospedali consentono di far riferimento a un solo medico). Vale la pena fare un viaggio anche lungo per trovare chi possa dare informazioni approfondite per inquadrare il caso e impostare la terapia, che poi potrà essere seguita a casa propria sotto la supervisione del proprio ginecologo.

DOVE NON FARSI SEGUIRE?

È bene **non farsi seguire** da chi non sa di cosa si sta parlando.

La morte in utero è un evento *raro* (tre ogni 1000 nati), ma **non rarissimo**.

Succede, e in continuazione: chi segue gravidanze ne vedrà quindi una ogni 300 pazienti circa, ed è bene quindi che ogni ginecologo abbia una cultura di base su cos'è, come si cura o per lo meno dove inviare i casi.

Non andate da chi dice che è stata solo sfortuna.

Non siete voi sfortunate, è ignorante chi ve lo dice.

Analogamente, **non vi accontentate** della spiegazione che il **bambino si è strozzato sul cordone**: gli eventi che riguardano il cordone (ad esempio nodi veri o prolasso di funicolo) sono molto rari.

I bambini non si strozzano con il cordone intorno al collo, **ma il cordone può diventare un pericolo se è attaccato a una placenta che non funziona.**

Quando muore un bambino non va guardato solo il cordone, ma soprattutto la placenta. È rarissimo che la placenta di un feto morto sia del tutto normale. Se risulta una placenta normale, non vi fidate e fate rileggere l'esame istologico da un esperto.



QUALI ESAMI FARE?

La lista che segue non è esaustiva. Infatti, il protocollo di esami può variare da centro a centro.

Consiglio quindi di attenersi alle indicazioni della struttura che vi segue.

È importante sapere che diversi centri universitari propongono liste di esami più lunghe di questa ai **fini di ricerca scientifica**, con test genetici complessi, di cui ancora non si conosce il significato e quindi l'utilità. Vale a dire, questi centri raccolgono dati per la ricerca, ma non è ad oggi ancora detto che trovare eventuali anomalie in test genetici complicati significhi che sia stata quella la causa della perdita fetale. D'altra parte, fare ricerca in questo campo è necessario per scoprire ciò che ancora non conosciamo e che in futuro speriamo di conoscere, per tutelare ancora di più le donne in gravidanza e i loro bambini.

Trombofilia

La trombofilia è la tendenza del sangue a coagulare in eccesso. È dimostrato che la trombofilia si associa a eventi avversi in gravidanza, soprattutto morte in utero, ritardo di crescita, gestosi e si pensa che possa essere un cofattore che favorisce il rischio di parto pretermine. È quindi importante, dopo una gravidanza a esito infausto nel secondo e terzo trimestre, effettuare gli esami della trombofilia, anche se la causa apparente non è strettamente legata ad essa.



Gli esami coagulativi di base:

- PT (tempo di protrombina) e aPTT (tempo di tromboplastina parziale attivata), esprimono i tempi di coagulazione.
- Fibrinogeno: è il mattone con cui si costruisce il coagulo, se in eccesso può favorire la trombosi. In gravidanza il fibrinogeno aumenta in modo fisiologico, cioè è normale che si trovi aumentato e questo non richiede terapia specifica, ma è un comune adattamento.

Gli esami della trombofilia congenita (cioè su base genetica):

- Antitrombina III, proteina C, proteina S: inibitori della coagulazione, la trombofilia si realizza quando sono diminuiti al di sotto dei valori di riferimento. È normale riscontrare la proteina S più bassa in gravidanza e in corso di terapia estroprogestinica.
- APCR: resistenza alla proteina C attivata.
- Fattore V di Leiden: è un tipo di fattore V che è meno efficace nell'inibire la coagulazione.
 - Mutazione gene fattore II.
 - MTHFR mutazione metilentetraidrofoloreduttasi: una mutazione molto comune, significativa solo se in omozigosi e se associata all'aumento dell'omocisteina.

Le trombofilie acquisite dipendono dalla presenza di autoanticorpi e sono variabili nel tempo, infatti gli anticorpi possono essere presenti in modo transitorio. La sindrome da anticorpi antifosfolipidi prevede la presenza di autoanticorpi persistenti nel tempo (due determinazioni a distanza di 6 settimane) associata ad eventi avversi di tipo trombotico o ostetrico. Si associa a poliabortività. Gli autoanticorpi possono prolungare i tempi di coagulazione in vitro (aPTT).

- LAC: lupus anticoagulant. Può far parte di diverse malattie autoimmuni, o presentarsi in modo autonomo
 - ACA: anticorpi anticardiolipina
 - Antibeta2glicoproteina1

Esami per escludere condizioni mediche materne

- TSH, fT3, fT4, anticorpi antitiroide
- screening per morbo celiaco (modernamente si richiedono solo IgA totali, anticorpi antitransglutaminasi IgA (tTG-IgA), antiendomisi IgA (EmA). Alcuni centri richiedono anche i test genetici per valutare la predisposizione alla celiachia.
- esami di tipo ormonale: FSH, LH, 17betaestradiolo, ormone antimulleriano, prolattina in 3°-5° giornata del ciclo, progesterone in 21° giornata.
- curva glicemica con insulinemia: molto importante se il bambino è nato di peso normale o superiore alla norma o se la madre ha sofferto di sindrome dell'ovaio policistico, specie con obesità, o ancora se l'aumento ponderale in gravidanza è stato eccessivo. Un altro motivo per richiedere questo esame è se la curva glicemica in gravidanza risultava "piatta", a testimonianza di iperinsulinemia (eccesso cioè di secrezione insulinica).
- tampone vaginale ed endocervicale, soprattutto nel caso di parto pretermine.
- cariotipo di coppia (soprattutto nella poliabortività)

Ecografia pelvica transvaginale

eventualmente da completare con metodica tridimensionale nel caso in cui emerga il sospetto di un setto uterino. L'ecografia dà indicazioni importanti: la conta dei follicoli antrali (cioè la misurazione del numero di follicoli nelle due ovaie) serve a valutare la condizione di fertilità della donna, ovviamente da integrare con altri tipi di esami. Il numero di follicoli antrali nelle due ovaie deve essere almeno di 7.

I test sul padre

Al momento attuale gli esami sul padre sono in fase di ricerca preclinica, cioè, come detto prima, sono tra quegli esami che alcuni centri eseguono per raccogliere dati, ma che non hanno ancora utilità pratica.

Qual è la relazione tra trombofilia e eventi ostetrici avversi?

Le trombofilie sono un argomento vasto e complesso, e a oggi lo screening a tappeto non è proponibile per vari motivi, che esulano dal semplice criterio economico, e che cercherò di spiegare: le trombofilie congenite e acquisite sono molto comuni:



la più frequente è il fattore V Leiden (mutazione del fattore V), che può interessare dal 5 all'8% della popolazione Caucasica, segue la mutazione del fattore II (protrombina) con il 2%. Sono più rare la mutazione che comporta la carenza dell'antitrombina III (1 su 630 soggetti); proteina S (0,2%), proteina C (0,3%). Tali mutazioni sono più comuni se indagate all'interno di famiglie con trombofilia accertata, cioè con precedenti casi di trombosi venosa profonda prima dei 40 anni.

Non è considerata a rischio trombogeno la mutazione per la variante termolabile della MTHFR (metilentetraidrofolato reductasi), un enzima coinvolto nel metabolismo dell'acido folico, a meno che questo non sia gravemente carente (mutazione in omozigosi, cioè in doppia copia) con conseguente aumento dell'omocisteina plasmatica. La variante in eterozigosi (un solo gene mutato) è molto comune e può interessare fino al 25% della popolazione generale.

Riguardo alle trombofilie acquisite, la più comune è la sindrome da anticorpi antifosfolipidi, diagnosticata solo quando alla presenza dei suddetti anticorpi si associano eventi tromboembolici o esiti ostetrici avversi pregressi. In pratica, gli anticorpi sono molto frequenti (fino al 2-5% della popolazione sana), e non basta un singolo riscontro, ma la loro presenza deve essere confermata da almeno due dosaggi ematici a distanza di 12 settimane l'uno dall'altro.

I fattori di trombofilia congenita e acquisita sono quindi molto comuni, ma solo in una minoranza di casi sono causa di eventi avversi (trombosi venosa profonda, tromboembolia, esiti ostetrici avversi). Infatti, si ritiene che la trombofilia sia una condizione multifattoriale, in cui i singoli geni mutati rappresentano una suscettibilità e non causa diretta di malattia.

Perché lo screening a tappeto in assenza di elementi sentinella non è la strada giusta per prevenire?

Dobbiamo considerare due aspetti: il rischio dei falsi positivi, e quello, ancora più pericoloso dei falsi negativi. Se facessimo lo screening a tappeto, almeno il 10% di tutte le persone sane risulterebbe positivo e sarebbe trattato con farmaci per patologie rare che tuttavia si svilupperebbero mai (falsi positivi, eccessiva medicalizzazione). Uno screening negativo, invece, potrebbe rappresentare una falsa rassicurazione. (i falsi negativi, ovvero le persone non trattate che tuttavia avrebbero dovuto ricevere terapia). Se andiamo a considerare gli eventi avversi (trombosi venosa profonda, esiti ostetrici negativi da patologia placentare) oltre la metà delle pazienti presenta esami ematici nella norma. Questo è uno dei motivi per cui gli studi di letteratura non trovano correlazione (o danno risultati molto discordanti) tra esiti ostetrici avversi e trombofilia.



Quali sono invece i casi nei quali è opportuno eseguire lo screening?

Oggi è assodato che la donna con precedente trombosi venosa, ad esempio mentre prendeva la pillola, debba essere trattata con anticoagulanti non appena in gravidanza; tuttavia è meno comprensibile per il medico non specialista che si debba curare anche chi ha esami apparentemente nella norma.

E' fondamentale, quindi, la documentazione istologica di trombosi placentare dopo un esito avverso (ritardo di crescita, gestosi, distacco di placenta, aborti del secondo e terzo trimestre). Per questo l'esame istologico della placenta deve essere effettuato solo da anatomopatologi esperti del settore, poiché esso rappresenta l'unica testimonianza di un difetto trombofilico, che in una quota consistente di casi non emerge dagli esami del sangue.

Bisogna quindi diffidare di risposte istologiche molto stringate e che non riportano anomalie nel caso in cui invece la patologia è emersa clinicamente e in modo drammatico (morti in utero, ritardo di crescita grave). In questi casi non è praticamente mai verificabile una placenta normale, se esaminata da un esperto.

Ci sono altri fattori di rischio per trombofilia da tenere presenti?

Bisognerebbe stressare l'attenzione pubblica sui fattori di trombofilia acquisiti generali: l'età, l'obesità, il fumo, l'immobilizzazione prolungata.

Prima di pensare a un trattamento a tappeto di tutta la popolazione trombofilica, bisognerebbe far passare il messaggio che **un'alimentazione non corretta e un eccessivo aumento ponderale in gravidanza**, specie se in paziente già obesa, è un fattore di rischio importante di trombosi materna e placentare e quindi di esiti avversi.



Quando posso iniziare a cercare una nuova gravidanza?

1) ho avuto **una sola** perdita embrionaria (entro le 10 settimane), con o senza raschiamento

Non sono indicati dal punto di vista medico esami o approfondimenti. Attendere almeno **il ciclo mestruale successivo alla perdita**. È bene continuare ad assumere l'acido folico anche in fase preconcezionale.

2) ho avuto **tre o più perdite embrionarie** (entro le 10 settimane) **oppure una perdita fetale nel primo trimestre**

Sono indicati esami specifici, vedi il capitolo precedente. È meglio **aspettare i risultati di questi esami** prima di pianificare una nuova gravidanza, per poter stabilire le terapie del caso.

3) ho avuto **un'interruzione terapeutica di gravidanza** o una **morte in utero**, il parto è stato per **via vaginale**

È consigliabile aspettare **almeno 6 mesi**.

Infatti, è importante dare il tempo al collo dell'utero di ritornare nella condizione ottimale. In caso contrario, si correrebbe il rischio di iniziare una nuova gravidanza con un collo uterino non perfettamente continente, quindi con il rischio di prematurità.

Anche il fisico materno ha bisogno di tempo per ritornare in condizioni ottimali per affrontare l'adattamento alla nuova gravidanza. Inoltre, una gravidanza troppo ravvicinata rispetto alla perdita rischia di caricare di ansie eccessive madre e nascituro e gli effetti dell'ansia sullo sviluppo psicofisico del bambino e sulla sua salute vanno tenuti presenti, prima di iniziare a cercare una nuova gravidanza.

4) ho avuto una **morte in utero**, il parto è stato per **taglio cesareo**

Una cicatrice uterina **richiede almeno 9 mesi** per una buona consolidazione. I rischi di una gravidanza troppo ravvicinata sono di rottura di utero e deiscenza (cioè apertura) della ferita del cesareo, con conseguenze anche gravi su madre e nascituro.



I cicli mestruali dopo il parto/aborto non sono regolari, perché?

È molto comune osservare cicli mestruali assenti o irregolari nei mesi immediatamente successivi alla perdita. Questo avviene principalmente a causa dello stress, che altera il “ritmo” delle normali cascate ormonali. Il ritmo del ciclo dipende infatti dal rilascio di ormoni a livello cerebrale, che a loro volta stimolano il rilascio di ormoni a livello ovarico: questi ormoni a livello cerebrale risentono degli ormoni dello stress, che se prodotti in quantità diversa dalla norma, come spesso accade negli eventi stressanti, alterano il normale rilascio degli ormoni sessuali.

Se il disturbo ormonale dura più di 4-6 mesi può essere utile una valutazione presso un ginecologo esperto in disfunzioni ormonali e fertilità.

In questa fase può aiutare richiedere un supporto psicologico, praticare una moderata attività sportiva, mangiare correttamente.

Le terapie

Quali sono le terapie antitrombotiche?

Aspirinetta (acido acetilsalicilico 100 mg) ed **eparina a basso peso molecolare** sono farmaci ben tollerati, che possono essere assunti per lunghi periodi senza effetti collaterali di rilievo (l’aspirinetta va comunque sospesa dopo le 30-32 settimane per il rischio di chiusura del dotto di Botallo, mentre l’eparina può essere continuata per tutta la gravidanza). Tali terapie hanno dimostrato di aumentare il tasso di nati vivi nella poliabortività da anticorpi antifosfolipidi, ma non ci sono dati scientifici certi riguardo al loro uso per la prevenzione delle complicanze tardive della gravidanza (gestosi, ritardo di crescita, morte in utero). Tuttavia, essendo farmaci sicuri, si sta diffondendo il loro uso clinico in tutte quelle situazioni *in cui ci siano state complicanze pregresse legate alla placenta* nel secondo e nel terzo trimestre.

Per essere efficace, la terapia antitrombotica deve essere iniziata **nelle prime 6 settimane**, ma **ci può essere un beneficio anche entro la 18^o**, quando avviene la seconda fase di invasione della placenta (“trofoblasto”) nella circolazione materna.

Non ha alcun razionale, in pazienti trombofiliche o non, l’uso di terapie anticoagulanti in fase preconcezionale.

Inoltre, è bene ricordare che la terapia antitrombotica non è una panacea: la suscettibilità trombofilica è **solo uno** dei fattori che conduce a esiti avversi, sono sicuramente coinvolti anche altri elementi, probabilmente legati al funzionamento del sistema immunitario, che in alcuni casi non è possibile eliminare del tutto.



Bibliografia

Placental bed disorders: basic science and its translation to obstetrics. Edited by R.Pijnenborg, I.Brosens, R.Romero. Cambridge University Press, 2010.

Thrombophilia and Pregnancy Complications. Louise E. Simcox, Laura Ormesher, Clare Tower, Ian A. Greer. Int J Mol Sci. 2015 December; 16(12): 28418–28428.

Link consigliati

<http://www.medicinamaternofetale.it/medicina-materna>

<http://www.medicinamaternofetale.it/medicina-materna/placenta/placenta-e-patologia-ostetrica>

<http://www.medicinamaternofetale.it/medicina-materna/taglio-cesareo-su-richiesta>

Note

Questo documento è stato scritto dalla dottoressa Valentina Pontello, medico specialista in ginecologia e ostetricia, storica e preziosa volontaria dell'Associazione CiaoLapo Onlus, per tutti coloro che abbiano bisogno di fare chiarezza su un evento di perdita durante la gravidanza o dopo la nascita, ed è pensato come approfondimento per tutti gli operatori dell'area materno-infantile.

Non sostituisce il parere del medico curante, ma vuole rappresentare uno spunto per condividere col proprio curante un percorso diagnostico e terapeutico basato sulle evidenze scientifiche.

È vietata la riproduzione, totale o parziale, senza il consenso dell'autrice e dell'associazione CiaoLapo Onlus.