



## INTERRUZIONE FARMACOLOGICA DELLA GRAVIDANZA

# Il trattamento dell'aborto spontaneo e della morte intrauterina del feto



ANTONIO CHIANTERA



CLAUDIO CRESCINI

**NELLA PRATICA OSTETRICA** si manifestano molteplici evenienze che richiedono un intervento medico finalizzato all'interruzione della gravidanza prima che questo avvenga spontaneamente o per facilitare l'espulsione di un embrione o di un feto privi di vita e la cui permanenza nel viscerale uterino potrebbe causare gravi conseguenze sulla salute e sulla vita della paziente.

La storia ostetrica ci racconta le procedure cruente utilizzate in passato con strumenti chirurgici di ogni tipo ideate ed eseguite nel tentativo a volte estremo di salvare la vita della donna. Con l'evolvere delle conoscenze e soprattutto grazie ai progressi della ricerca medica si sono resi disponibili da alcuni anni farmaci efficaci e ben tollerati che consentono in sicurezza di procedere in modo non cruento e con rischio di effetti avversi bassissimo all'interruzione della gravidanza quando necessario ed alla evacuazione del materiale abortivo.

L'approccio chirurgico all'aborto, sia esso spontaneo che volontario, era gravato in passato da complicanze severe, tra le quali la perforazione dell'utero mentre oggi, con il trattamento farmacologico e l'abbandono degli interventi di revisione strumentale della cavità uterina e di isterosuzione con cannula, il tasso di complicanze si è ridotto ad eventi sostanzialmente eccezionali.

I due farmaci che hanno rivoluzionato il trattamento dell'aborto e della morte intrauterina del feto sono il Mifepristone (RU486-Mifegyne) ed il Misoprostolo.

### MIFEPRISTONE (RU486) (MIFEGYNE)

L'RU486 è stato sintetizzato nel 1980 dalla Roussel in Francia come derivato dal noretisterone con effetto antagonista del progesterone e subito dopo si è dimostrato efficace nel provocare l'aborto nelle gravidanze del primo trimestre. Negli anni successivi il suo utilizzo si è diffuso progressivamente nei Paesi dove l'IVG è legale in alternativa alle procedure chirurgiche più complesse ed invasive. In Italia è stato autorizzato nell'anno 2009. Il mifepristone causa un aumento della contrattilità uterina ed una più intensa sensibilità dell'utero alle prostaglandine e favorisce l'espulsione del sacco gestazionale e della decidua.

Le indicazioni del mifepristone in Italia da scheda tecnica sono:

**INTERRUZIONE MEDICA** della gravidanza intrauterina in corso, usato in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, fino al 63° giorno di amenorrea;

**PREPARAZIONE ALL'AZIONE** degli analoghi delle prostaglandine nell'interruzione terapeutica della gravidanza (oltre il 1° trimestre);

**INDUZIONE DEL TRAVAGLIO** in caso di morte intrauterina fetale. In pazienti nelle quali non è possibile utilizzare prostaglandine od ossitocina.

### MISOPROSTOLO:

(Cytotec, autorizzato in L.648/96)

(MisoOne dal 2016, unico con indicazione ginecologica per l'aborto)

**È UN COMPOSTO ANALOGO** delle prostaglandine prodotte naturalmente dall'organismo umano. Il misoprostolo stimola le contrazioni dell'utero e provoca la riduzione della consistenza del collo dell'utero.

**Inizialmente le normative italiane autorizzavano l'aborto farmacologico in caso di IVG solo per gravidanze di epoca gestazionale inferiore alla 7<sup>a</sup> settimana (49 giorni) con ricovero ospedaliero dalla somministrazione del farmaco all'espulsione del prodotto del concepimento. Questa regolamentazione scoraggiava l'aborto farmacologico e manteneva prevalente il ricorso alla procedura chirurgica.**

Nell'anno 2020 la circolare del Ministero della Salute in merito al metodo farmacologico ne estendeva l'utilizzo fino alla 9 settimane di età gestazionale (63 giorni) e cancellava l'obbligo del ricovero ospedaliero fino all'espulsione del prodotto del concepimento.

Inoltre, i suddetti farmaci potrebbero essere prescritti da una struttura ambulatoriale pubblica e dai consultori familiari purché autorizzati dalle singole Regioni. *(presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital. Circolare del Ministero della salute "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" 2020).*

### ALTRO ASPETTO MOLTO IMPORTANTE DA CONSIDERARE È L'AUMENTO DEI CASI DI ABORTO SPONTANEO.

Nel 2023, in Italia sono stati registrati circa 40mila aborti spontanei, secondo i dati forniti dall'Istat. Questa cifra riflette una situazione relativamente stabile rispetto agli anni precedenti. Gli aborti spontanei, che rappresentano le interruzioni involontarie della gravidanza, sono monitorati attraverso le dimissioni dagli istituti di cura sia pubblici che privati.

Gli ultimi dati evidenziano però come complessivamente solo nel 24% dei casi l'aborto spontaneo viene gestito con metodo farmacologico, con grande divario di trattamento tra Nord e Sud Italia. Si va infatti da un 34% del Nord ad un 12% per le Isole.

La determina Aifa n. 130003 dell'8 Novembre 2021 autorizza la combinazione di mifepristone e misoprostolo per l'induzione medica dell'espulsione del materiale abortivo dopo aborto spontaneo ritenuto del 1° trimestre.

Il trattamento farmacologico dell'aborto spontaneo è generalmente più sicuro e meno invasivo rispetto all'intervento chirurgico, con un rischio ridotto di complicazioni e un'esperienza complessivamente migliore per la paziente. Tuttavia, la significativa disparità regionale in Italia evidenzia la necessità di migliorare l'accessibilità ai farmaci e la formazione del personale sanitario, oltre ad incrementare la consapevolezza tra le pazienti riguardo alle opzioni disponibili. Migliorare queste aree potrebbe aumentare l'adozione del trattamento farmacologico e migliorare gli esiti per le donne in tutto il paese.