

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Aborto spontaneo ritenuto del I trimestre</b></li><li>• <b>Aborto spontaneo incompleto del I trimestre</b></li></ul> <p>Interruzione spontanea della gravidanza entro la 12° settimana di gestazione (evento frequente, interessa circa il 20% delle gravidanze).</p> <p>La probabilità che un aborto spontaneo del I trimestre, ritenuto in cavità uterina, esiti in aborto spontaneo completo è strettamente correlata all'epoca gestazionale ecografica al momento della diagnosi e/o alla presenza di sintomi associati, quali iniziali perdite ematiche e/o algie pelviche simil-mestruali.</p> <p>Un aborto sintomatico o ad una epoca &lt; a 9 settimane ha un'altissima probabilità di risoluzione spontanea con successo senza necessità di intervenire; tale possibilità si riduce in modo drastico superate le 11 settimane.</p>
Trattamento proposto:	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CONDOTTA DI ATTESA</b></li><li>• <b>TRATTAMENTO MEDICO</b></li><li>• <b>TRATTAMENTO CHIRURGICO</b> (isterosuzione) [v. nota informativa]</li></ul>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>CONDOTTA DI ATTESA</u> (trattamento conservativo)</b></li></ul> <p>Consiste nell'attendere almeno 7-14 giorni a partire dalla data della diagnosi ecografica di aborto interno, periodo di tempo dopo il quale viene valutato il successo di tale condotta.</p> <p>Il ciclo mestruale riprenderà spontaneamente dopo almeno 40 giorni dall'evento, tenendo conto della variabilità individuale.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>TRATTAMENTO MEDICO</u> (trattamento farmacologico)</b></li></ul> <p>In assenza di controindicazioni, qualora l'attesa non sia accettata, è possibile avviare un trattamento farmacologico, mediante somministrazione di prostaglandine orali o vaginali (misoprostolo 200mcg, 4 cp in caso di aborto ritenuto, 3 cp in caso di aborto incompleto).</p> <p>Le prostaglandine sono farmaci con capacità uterotonica, che comportano modificazioni della cervice e la comparsa di contrazioni uterine, permettendo l'espulsione del materiale ovulare ritenuto in cavità uterina.</p> <p><u>La somministrazione per via vaginale è preferibile per i ridotti effetti collaterali.</u> Il trattamento può essere ripetuto due volte con un intervallo di 3 ore. Il follow-up, va eseguito (salvo casi di forti emorragie o infezioni), da 1 a 2 settimane dopo il trattamento, e la completa evacuazione dell'utero va confermata dal decorso post trattamento, dall'esame clinico e ecografico. (Determina AIFA giugno 2013)</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>CONDOTTA DI ATTESA</u></b></li></ul> <p><b>Una condotta di attesa di almeno 14 giorni dalla diagnosi ecografica di aborto interno ne consente la risoluzione completa</b></p>

**per via naturale nel 60% dei casi**, attraverso la comparsa di perdite ematiche vaginali che esitano nell'espulsione spontanea del materiale abortivo (aborto spontaneo completo), senza dover ricorrere ad ulteriori provvedimenti.

In alcuni casi, dopo il periodo di attesa, l'espulsione del materiale abortivo potrebbe non essere completa (aborto spontaneo incompleto) e rendere pertanto necessario il successivo ricorso al trattamento medico o chirurgico.

La condotta d'attesa permette di evitare un significativo numero di procedure chirurgiche, ma è comunque gravata dal rischio di sottoporsi ad un intervento di isterosuzione d'urgenza per emorragia uterina o espulsione incompleta del prodotto abortivo.

Cosa aspettarsi durante l'attesa?

Insorgenza di perdite ematiche vaginali ingravescenti con espulsione di coaguli /materiale ovulare (come da ciclo mestruale abbondante) associate ad algie pelviche simil-mestruali per le quali potrà assumere un antidolorifico abituale. Progressiva riduzione delle perdite ematiche e delle algie in circa 2-3 giorni (verosimile segno di avvenuto aborto spontaneo completo).

L'assenza totale di sanguinamento e/o di algie pelviche può essere segno del mancato avvio del processo espulsivo.

Le perdite ematiche scarse eventualmente associate ad algie pelviche possono essere segno di probabile aborto spontaneo incompleto.

#### • **TRATTAMENTO MEDICO**

Il successo del trattamento farmacologico è indipendente dall'epoca gestazionale e **raggiunge l'80% nei casi di aborto ritenuto e il 95% nei casi di aborto incompleto.**

Cosa aspettarsi in seguito al trattamento farmacologico?

Il farmaco viene somministrato a seguito di apertura di pratica di Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico e prevede che la donna rimanga in osservazione per circa tre ore.

In rari casi l'espulsione del materiale abortivo può verificarsi già durante questa fase di osservazione. In questi casi viene effettuata un'ecografia transvaginale di controllo e se si conferma un quadro di aborto completo, la paziente viene dimessa al domicilio, con l'indicazione ad effettuare un controllo ginecologico dopo il successivo ciclo mestruale.

Nella maggior parte dei casi la perdita simil-mestruale (più abbondante nei primi 2-3 giorni) avverrà a domicilio nei giorni successivi alla somministrazione del farmaco. La paziente viene dimessa con indicazione a tornare in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico dopo 7 giorni per verificare il completamento dell'espulsione del materiale abortivo ritenuto.

È possibile che al controllo programmato la terapia farmacologica non abbia avuto successo (persistenza dell'aborto ritenuto) o lo abbia avuto solo parzialmente (aborto incompleto). In questo caso può essere proposto **un 2° ciclo di trattamento farmacologico (analogo al 1°), con tasso di successo 2° ciclo variabile (65-93%),** con successivo controllo ecografico transvaginale sempre a distanza di 7 giorni.

	In alternativa o in caso di fallimento è possibile programmare un intervento chirurgico di isterosuzione (entro i 10 giorni successivi dal 2° ciclo di trattamento farmacologico).
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Nei giorni successivi la paziente si deve aspettare una perdita ematica genitale e dolore pelvico similmenstruali, trattabile al domicilio con analgesici comuni.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Rischio di infezione pelvica e/o emorragico
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>CONDOTTA DI ATTESA</u></b> Non aumenta i rischi di complicanze infettive (aborto settico) rispetto al trattamento chirurgico, né presenta differenze significative in merito ai tassi di concepimento e al tasso di bambini nati rispetto al trattamento chirurgico.</li> <li>• <b><u>TRATTAMENTO MEDICO</u></b> Non vi è aumento del rischio infettivo o emorragico e l'incidenza di complicanze complessiva è dello 0,9%. Principali effetti collaterali delle prostaglandine (più frequenti in caso di somministrazione per via orale): <ul style="list-style-type: none"> <li>- disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea e vomito)</li> <li>- iperpiressia (responsiva a paracetamolo)</li> <li>- dolori pelvici, crampi simil-menstruali</li> <li>- sanguinamento genitale fino a 15 giorni</li> <li>- rash cutaneo</li> </ul> La paziente viene invitata a presentarsi in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico prima dell'appuntamento stabilito in caso di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- perdite ematiche a carattere emorragico (&gt; di due grandi assorbenti/ora)</li> <li>- febbre &gt; ai 38 ° C e/o algie pelviche con dolore resistente alla terapia con antidolorifici</li> <li>- perdite vaginali atipiche, maleodoranti</li> </ul> </li> </ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Entrambe le alternative permettono di evitare un significativo numero di procedure chirurgiche, ma sono comunque gravate dal rischio di sottoporsi ad un intervento di isterosuzione in regime di urgenza per emorragia uterina o espulsione incompleta del materiale ritenuto. L'alternativa è la programmazione di un intervento chirurgico di isterosuzione le cui complicanze si rimanda alla nota informativa.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale Medico afferente alla SC di Ostetricia e Ginecologia

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_