

Capri, 5-7 maggio 2011
1° Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia

“Nessuno di noi è un’isola”

Al centro de “La salute della donna tra evidenze scientifiche e nuove opportunità terapeutiche” sono state alcune sfide importanti per il ginecologo di oggi: l'emorragia post partum, il rischio tromboembolico, l'aborto spontaneo ricorrente e la nuova contraccezione.

L'incidenza di morte materna per **emorragia post partum** infatti è ancora molto significativa, anche in Occidente, e il suo management rappresenta ancora un vero *couchemar* per il ginecologo perché può presentarsi anche in assenza di segnali clinici evidenti, rientrando quindi nella casistica di quegli eventi avversi potenzialmente “imprevedibili” e dalle conseguenze fatali.

A rendere il tutto più complicato è che il 40 per cento delle trombosi venose profonde (Tev) si verifica dopo la dimissione ospedaliera. Nel puerperio, specie dopo un parto chirurgico e un allattamento prolungato, le alterazioni di tipo emodinamico, soprattutto emocoagulativo, persistono per settimane dopo il parto. La normale profilassi prevede una settimana, ma nei fatti il 60 per cento degli eventi avversi si verifica nelle prime due settimane e il 40% tra la 3^a e 6^a settimana dopo la dimissione. Il che rende oggi necessario un aggiornamento delle nostre linee guida. Anche la modalità del parto svolge un ruolo importante nell'insorgenza di evento trombo embolico: il rischio, rispetto al parto vaginale, è triplicato nel cesareo elettivo e quadruplicato nel cesareo d'urgenza. Più di tre quarti delle morti post partum per Tev avvengono dopo un taglio cesareo, come dimostrano i più recenti studi. L'emorragia post partum dunque continua tutt'oggi ad essere un “hot topic”, anche perché si correla all'età e al BMI e, nel-

Poche volte, come in questo caso, i protagonisti sono stati loro: i partecipanti. Ha mantenuto la sua promessa di fare un corso “veramente interattivo” Fabio Sirimarco che in questa tre giorni di Capri, da lui organizzata e co-gestita insieme al professor Antonio Chiantera, presidente del Corso, e agli illustri moderatori delle sessioni, ha fatto davvero di tutto affinché il ruolo di protagonista lo avesse il dibattito in sala più che le relazioni, sia pure importanti, tenute da una folta rappresentanza dell'eccellenza italiana in ginecologia e ostetricia

la nostra realtà, le pazienti sono sempre più mature e in sovrappeso. Perciò è importante che il ginecologo sia in grado di fare prevenzione attraverso un'attenta valutazione del **rischio trombotico** individuale. “Con una buona diagnostica ante partum – ha più volte sottolineato il professor Sirimarco – molti degli eventi drammatici che poi finiscono sui giornali potrebbero essere evitati”.

Nel corso delle sessioni dedicate alla Tev e all'emorragia post partum ha avuto un ampio spazio il dibattito in sala, seguito agli interventi di Maria Grazia Frigo, Emilio Di Maria, Fabio Sirimarco, Giuseppe Albano, Giuseppe Affronti e Antonio Ragusa, che hanno esplorato gli ambiti della “gestione delle criticità emorragiche attraverso uno statement condiviso”, dei “test genetici per la malattia tromboembolica”, del “rischio tromboembolico in ostetricia e ginecologia”, dei “fattori di rischio e le misure di prevenzione”, delle “nuove acquisizioni nelle terapie farmacologiche” ed infine delle “procedure conservative e la chirurgia demolitiva”. Fabio Parazzini ha poi presentato il Progetto della Fondazione Confalonieri Ragonese che ha per oggetto un'indagine conoscitiva sull'incidenza del tromboembolismo in gravidanza.

Il tema che ha dominato la seconda giornata di studio è stato l'**abortività ricorrente**. Ad illustrarne i “fattori di rischio non anatomici e le terapie mirate” Cristoforo De Stefano, mentre Carlo Caravetta è intervenuto sui “fattori di rischio anatomici e le metodiche diagnostiche a

confronto”. Ha concluso la sessione Stefano Bettocchi, stimolando la discussione sulle correlazioni tra Asr e procreazione medicalmente assistita.

L'aborto ricorrente, secondo la definizione internazionalmente accettata, è quello che si verifica tre volte consecutive, indipendentemente dal fatto che vi sia stato in passato la nascita

di un feto vivo. Lo Asr si presenta come una condizione eterogena, con molte cause possibili, e spesso comporta un “cospicuo e costoso pacchetto di indagini”. Molti fattori possono celarsi dietro gli aborti ricorrenti che possono essere il sintomo di una patologia sistemica. Gran parte di essi è dovuta a patologie genetiche cromosomiche, una parte discreta, considerata con sempre maggiore attenzione, è legata alle patologie coagulatorie o dell'immunità, un'altra è parte legata a problemi endocrini ed un'altra ancora a problemi anatomici. Un dato piuttosto sorprendente è che

l'aborto ricorrente ha un'incidenza di 1 su 100. Un rischio significativamente maggiore di quello che teoricamente ci aspetteremmo da un punto di vista statistico, atteso che il rischio di abortività presente in tutte le gravidanze (cosiddetto aborto clinico) è intorno al 10-15 per cento. Questo in parte è spiegato dal fatto che non tutti gli aborti vengono censiti, riconosciuti da un punto di vista statistico, soprattutto quelli molto precoci che spesso non transitano nelle strutture di ricovero e cura e di conseguenza, con la mancata identificazione e classificazione di questi aborti, perdiamo una serie di dati.

Un aspetto non secondario è che solo una parte delle donne che hanno aborti ricorrenti riceverà una diagnosi, si stima non più del 30 massimo 50 per cento. I due dati anamnestici più rilevanti che devono spingere a una valutazione probabilistica sono la storia ostetrica e l'età materna avanzata, che espone straordinariamente ad un rischio aumentato di aborto. Per quanto riguarda l'Asr nel contesto della Pma, è stato sottolineato, è sempre forte la tendenza a considerare un *unicum*, dal punto di vista nosologico, gli insuccessi di impianto, la sterilità non spiegata e l'abortività ricorrente. E questo, tradotto in comportamenti clinici, significa che le scelte terapeutiche spesso implicano una serie grandissima di opzioni, alcune non prive di rischi per la paziente, non basandosi sugli elementi di conoscenza più aggiornati.

La giornata conclusiva ha affrontato un altro capitolo: la “**Rivoluzione nella contraccezione**”. Franca Fruzzetti ha fatto il punto su “cosa è cambiato dall'etinlestradiolo all'estradiolo” e Annamaria Paoletti ha illustrato i

vantaggi che il Nomac/E2 offre in contraccezione. Si tratta di un nuovo contraccettivo orale, su cui l'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema) ha appena espresso parere positivo. Un regime monofase basato su estrogeni naturali: un estrogeno che è strutturalmente identico al principale estrogeno prodotto dalle ovaie di donne sane non in gravidanza, in combinazione con un analogo selettivo progesterone, l'acetato nomegestrolo, che ha la particolarità di avere un'elevata attività progestinica e di non interferire con l'azione dell'estrogeno essendo metabolicamente neutrale. È un prodotto nuovo che, pur senza annullare quelli che sono le controindicazioni alla pillola e la storia di una molecola sempre valida come l'etinlestradiolo, può “allargare gli orizzonti di prescrizione ad alcune tipologie di donne e in alcune condizioni può aumentare quel margine di sicurezza ottimale alla nostra pratica clinica”. Infine sul tema spinoso e più che mai attuale della contraccezione di emergenza sono intervenuti Angelo Cagnacci e Alessandra Graziottin.

Ma, come detto all'inizio, è stato il dibattito in sala a caratterizzare le soleggiate giornate capresi a cui, eroicamente, i 200 partecipanti al corso hanno quasi sempre saputo resistere.

Una discussione animata, a volte appassionata, sempre interessante. Anche perché dal confronto delle esperienze e dei casi clinici, dalle tante domande, dall'eterogeneità delle situazioni,

dalla piccola struttura fino al centro di alta specializzazione, scaturisce poi la “realtà vera”: quella che viviamo ogni giorno nei nostri ospedali. E così si entra subito nel vivo dei problemi e nel cuore delle possibili soluzioni. (A.A.)



Maria Grazia Frigo



Fabio Sirimarco

SAVE THE DATE

■ L'appuntamento per il 2° Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia è a Capri: dal 9 all'11 maggio 2012