

XX

# FARE MENO, FARE MEGLIO

## Le patologie del primo trimestre di gravidanza

**“Fare meno, fare meglio” è una filosofia basata sull’efficienza nella gestione clinica, riducendo interventi invasivi e promuovendo prevenzione e consapevolezza. È una scelta terapeutica che si oppone a quel “si è sempre fatto così” cui troppo spesso ci appelliamo cercando rassicurazioni che non sono basate su evidenze scientifiche. È alla base del movimento internazionale Choosing Wisely, che valorizza la responsabilità dei sanitari nelle scelte di cura e la partecipazione attiva dei pazienti**



**DANIELA ANZELMO**  
Ginecologa,  
Consultorio familiare  
Caltanissetta 2  
Asp 2 Cl  
Vicepresidente Agite

**IN ITALIA, LE RACCOMANDAZIONI** di Choosing Wisely Italy, tra cui 5 stilate da Aogoi, sono state incluse tra le buone pratiche cliniche nel Sistema Nazionale Linee Guida (Snlg) dell’Iss. I servizi territoriali rappresentano il primo luogo dove questi principi devono trovare applicazione: cerchiamo di evidenziare quello che è da fare e quello che non è da fare in alcune condizioni frequenti nella nostra pratica clinica con particolare attenzione al ruolo del territorio.

Iniziamo le più comuni patologie del I trimestre (Iperemesi, Minaccia d’aborto, Aborto spontaneo, Geu), evidenziando le strategie di gestione e l’importanza di un approccio personalizzato, integrato e olistico, come in particolare i servizi consultoriali sono in grado di offrire.

### **Iperemesi Gravidica (HG): è sempre ricovero ospedaliero?**

È essenziale distinguere tra nausea e vomito in gravidanza (Nvp) e HG. La Nvp colpisce circa il 90% delle gravidanze, insorge prima della 16a settimana ed esclude altre cause di nausea e vomito. La HG, forma severa di Nvp, colpisce lo 0,3-3,6%, interferendo con la qualità della vita quotidiana, alimentazione e idratazione. La patogenesi è correlata all’ipersensibilità al Gdf15 (fattore di differenziazione della crescita dell’ormone del vomito-15), che induce perdita d’appetito, nausea, vomito e calo ponderale. Non è dimostrato un ruolo causale dell’Hcg. Alterazioni biochimiche

comuni includono iponatriemia, ipokaliemia, transaminasi elevate, chetonuria e alcalosi ipocloremica; nei casi gravi può svilupparsi acidosi metabolica. Certamente influiscono anche fattori sociali e psicologici come dimostrato dal fatto che i ricoveri per iperemesi gravidica sono più frequenti nelle donne di recente immigrazione in mancanza di una rete di supporto parentale o amicale. In questi casi talvolta l’ospedale può rappresentare una rassicurazione ma in altri casi può accentuare il senso di isolamento in cui la donna si trova.

### **Le strategie di gestione includono:**

Assistenza domiciliare: evitare ricoveri ospedalieri non necessari e sconvolgimenti della vita della donna, rassicurazione, idratazione orale, dieta frazionata, riposo e allontanamento temporaneo dal lavoro.

Gestione ambulatoriale (DH): fluidoterapia EV, antiemetici parenterali, vitamine (soprattutto B1). Ricovero ospedaliero: solo in caso di vomito persistente, disidratazione clinica, squilibrio elettrolitico, perdita >5% peso corporeo.

### **Minaccia d’aborto: no bed rest**

Il protocollo classico (riposo e terapia con progesterone) è stato rivalutato. Numerosi trial internazionali multicentrici, randomizzati, a doppio cieco con placebo (studi Promise, Prism, Stop, poi successivamente comparati in meta-analisi da Co-

chrane) mostrano infatti una efficacia limitata dei progestinici sul tasso di nati vivi. Le linee guida Nice sostengono l’uso di 400 mg/die di progesterone vaginale solo nelle donne con sanguinamento precoce e pregresso aborto spontaneo e non sono applicabili in altre circostanze.

Sappiamo del resto che nella maggior parte dei casi l’aborto spontaneo è determinato da anomalie cromosomiche e dunque è ovvio non ci siano ad oggi terapie di comprovata efficacia.

Diverse ricerche e linee guida cliniche indicano che il riposo a letto non riduce il rischio d’aborto e può causare complicanze (tromboembolismo, atrofia muscolare, danni psicologici come ansia, depressione e isolamento). L’Acog (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) non lo raccomanda, ma suggerisce un approccio attivo: attività fisica moderata, gestione dello stress, supporto psicologico.

### **Aborto spontaneo No Rcu**

Tradizionalmente trattato con ricovero ospedaliero e Rcu, attualmente la Ebm (Evidence Based Medicine) e la pratica clinica hanno gradualmente portato ad un cambiamento nell’approccio e nella gestione di queste pazienti. Le LG Nice raccomandano come prima scelta una gestione di attesa (7-14 giorni), salvo fattori di rischio (emorragia, coagulopatie, infezioni, esperienze traumatiche). Se la gestione attesa non è accettata, si propone la gestione medica: mifepristone 200 mg orale, seguito dopo 48h da misoprostolo 800 mcg (vaginale/orale/sublinguale). Per aborto incompleto solo misoprostolo 600 mcg in singola dose. È fondamentale la comunicazione con le pazienti, quindi informare la paziente su durata e enti-





tà dell'emorragia, tempi, sintomi, effetti collaterali (dolore, diarrea e vomito), e fornire test di gravidanza a 3 settimane. Se si riscontra un peggioramento dei sintomi, o se il test è positivo, o sono comparsi altri sintomi (dolore pelvico o febbre) consultare il medico o la struttura.

### Gravidanza ectopica (Geu): è possibile una gestione ambulatoriale?

Durante la pandemia di Covid-19 è stato condotto un interessante studio il cui obiettivo era di valutare se ci fossero differenze nella presentazione e nella gestione delle Geu tra il 2019 (pre-Covid-19) e il 2021 (periodo Covid-19), stante il fatto che in tale periodo il pubblico ha ritardato la ricerca di assistenza medica, il che potrebbe aver influenzato l'impatto di una Geu.

Lo studio ha dimostrato che, nonostante un calo degli interventi chirurgici immediati, non vi sono stati maggiori eventi avversi, o esiti peggiori. Pertanto, potrebbero esserci effetti positivi dell'esperienza del Covid-19 nella futura gestione della Geu: la rassicurazione è che possiamo utilizzare in sicurezza più trattamenti non chirurgici per le gravidanze ectopiche.

Una revisione della letteratura del 2023 ci dice che l'attuale standard per la diagnosi di gravidanza ectopica si basa su ecografia e monitoraggio della  $\beta$ -hCG, che le opzioni terapeutiche includono la gestione medica, chirurgica e di attesa, che la scelta del trattamento si basa sui livelli di  $\beta$ -hCG, sulla stabilità ematologica e sul rischio di rottura della Geu, e infine che la gestione attesa è l'approccio più conservativo per il trattamento delle Geu. La gestione attesa è indicata per  $\beta$ -hCG <200 mIU/mL con risoluzione spontanea



È necessario che ci sia un adeguato counselling e comunicazione con la paziente, riguardo le adeguate condizioni predisponenti per una condotta di attesa e affinché la paziente sia puntuale al follow-up

nell'88%. Le LG Nice e RcoG indicano che l'attesa è possibile se:

la paziente è stabile, asintomatica,  
GEU <35 mm senza battito,  
 $\beta$ -hCG  $\leq$ 1000 UI/L,  
possibilità di follow-up.

Il trattamento non chirurgico (medico o attesa) è associato a migliori esiti riproduttivi nelle donne con storia di subfertilità.

## CONCLUSIONI

Il I trimestre di gravidanza è un periodo critico che richiede un'attenzione particolare alla salute delle donne. L'approccio "fare meno, fare meglio" invita a riflettere su come ottimizzare le cure e le strategie di gestione delle patologie comuni, riducendo l'uso di interventi invasivi e privilegiando la prevenzione e l'educazione.

Le principali strategie per fare meno, fare meglio includono:

- 1) adottare uno stile di vita sano, fondamentale per il benessere della madre e del feto, promuovere un'attività fisica regolare e una dieta equilibrata che contribuisce non solo alla salute fisica, ma anche a quella mentale. La gestione dello stress è altrettanto importante e pratiche come la meditazione e la consapevolezza possono rivelarsi molto utili.
- 2) Educazione e supporto: l'educazione è un elemento chiave nel "fare meglio". Programmi di educazione prenatale possono fornire alle donne le informazioni necessarie per affrontare la gravidanza in modo informato e consapevole. I Corsi di Accompagnamento alla Nascita, che si svolgono principalmente nei Consultori, sono una grande risorsa, ed il documento ministeriale sui "Primi 1000 Giorni" li cita ripetutamente come strumento di promozione della salute. Anche la creazione di gruppi di supporto di auto-mutuo-aiuto permette alle future mamme di condividere esperienze e strategie di gestione.
- 3) Riduzione di interventi invasivi: le evidenze scientifiche e le LG supportano l'approccio non invasivo per le patologie del I trimestre di gravidanza; quindi, è fondamentale che i professionisti sanitari valutino l'effettiva necessità di tali interventi, privilegiando soluzioni meno invasive e più sicure.

È necessario che ci sia un adeguato counselling e comunicazione con la paziente, riguardo le adeguate condizioni predisponenti per una condotta di attesa e affinché la paziente sia puntuale al follow-up. Un approccio olistico e rispettoso della donna, che consideri il suo benessere psicofisico, consente di migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere una gravidanza più serena e consapevole.

Ed è altrettanto necessario fare proprie le conoscenze scientifiche che sostengono la convinzione che davvero possiamo cambiare il nostro atteggiamento clinico verso quello che "si è sempre fatto" con vantaggi per la salute delle nostre assistite e risparmi economici importanti.

### PER SAPERNE DI PIÙ

1. The management of nausea and vomiting and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline n. 69) – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
2. Promise: first-trimester progesterone therapy in women with a history of unexplained recurrent miscarriages – a randomised, double-blind, placebo-controlled, international multicentre trial and economic evaluation – Aa.Vv. - Health Technology Assessment, Volume 20 Issue 41 MAY 2016, ISSN 1366-5278
3. Progesterone to prevent miscarriage in women with early pregnancy bleeding: the Prism Rct – AA.VV. - Health Technology Assessment, Volume 24 • Issue 33 • June 2020, ISSN 1366-5278
4. Progesterone for women with threatened miscarriage (STOP trial): a placebo-controlled randomized clinical trial – Aa.Vv. - Human Reproduction, Vol. 38, No. 4, pp. 560–568, 2023
5. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis (Review) - DevallAJ, PapadopoulouA, PodsekM, HaasDM, PriceMJ, CoomarasamyA, GallosID. - Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 4. Art. No.: CD013792.
6. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. - Nice Guideline NG 126 (update)
7. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage (Review) – Aleman A, Althabe F, Belizan JM, Bergel E. - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art.No.: CD003576.
8. The impact of Covid-19 on the assessment and management of ectopic pregnancies. - Bethany Chung 1, Charlotte Greene1, Alice Pearson1, Lisa M Starrs1 and W Colin Duncan. - Reproduction and Fertility (2023) 3 e220073.
9. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. - Kellie Mullany, Madeline Minneci, Ryan Monjabez and Olivia C. Coiado. - Women's Health Volume 19: 1–13 – 2023.
10. The management of nausea and vomiting and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline n. 21) – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.