Giorgia Cozza

Quando l'attesa si interrompe

RIFLESSIONI E TESTIMONIANZE
SULLA PERDITA PRENATALE

Prefazione di Piera Maghella

Il bambino naturale

Il leone verde

Giorgia Cozza

Quando l'attesa si interrompe

Riflessioni e testimonianze sulla perdita prenatale

Prefazione di Piera Maghella

Il leone verde

A Bruna

Grazie di cuore a tutte le donne che hanno accettato di condividere la propria esperienza con la speranza che fosse d'aiuto per altre donne.
Grazie agli esperti che, con grande sensibilità, hanno approfondito gli argomenti trattati, e alla dottoressa Sara Casarsa, ginecologa presso l'Ospedale di Latisana, che si è occupata della revisione scientifica del testo (la sua collaborazione è stata preziosa per tutte le parti 'tecniche'!).
Un ringraziamento speciale, infine, all'editore Anita Molino che alla proposta di un libro sull'aborto spontaneo ha risposto senza esitazioni: "Se può aiutare anche una sola donna che sta soffrendo, merita di essere pubblicato".

FSC
MISTO
Carta
FSC® C115840

Questo libro è stampato su carta FSC®

Il progetto grafico della copertina è di Francesca De Fusco.
In copertina: ©fotolia.com/Romolo Tavani, "*Ligth on your heart*".

ISBN: 978-88-95177-63-2
© 2010 Tutti i diritti riservati
Edizioni Il leone verde
Via della Consolata 7, Torino
Tel/fax 011 52.11.790
leoneverde@leoneverde.it
www.leoneverde.it
www.bambinonaturale.it

Indice

Prefazione, di Piera Maghella 5

Introduzione 7

~ PRIMA PARTE ~
PERDERLO PRIMA CHE NASCA

I Cos'è l'aborto spontaneo? 13
Sintomi e diagnosi, i segni e la conferma della perdita 14
- Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre 16
Cause e fattori di rischio 16
- Nel secondo trimestre 18
Sensi di colpa che non hanno ragione d'essere 18
• Alcuni termini tecnici 19

II Cosa succede nel corpo della donna 21
Le opzioni terapeutiche 22
- Terapia chirurgica 23
- Attesa sotto controllo medico 24
- Terapia farmacologica 25
Quando la gravidanza è extrauterina 26
• Mola vescicolare: una patologia della gravidanza 27
Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre 28
- L'ultimo saluto 29
Cosa succede dopo un aborto spontaneo? 29
L'esperienza dell'ospedalizzazione 30
- L'importanza dell'assistenza 31
Se lo desiderate, può avere sepoltura 32

III Sentimenti e paure, le conseguenze emotive 35
L'elaborazione del lutto 37
Smarrimento, estraniamento, incredulità 38
Vuoto, angoscia, solitudine 39
• Ansia e depressione, risposta fisiologica alla perdita 40
Rabbia, frustrazione, sensi di colpa 41
- Il rischio di fuggire dal lutto 42
L'accettazione della perdita 43
Verso la serenità 44
- Lacrime e parole 45
- Non da sola 45
- Sostegno e condivisione tra genitori 46
- Scriviamo un diario 46
- Simboli e rituali della memoria 47
La dolcezza del ricordo 48
• *Baby loss awareness day*: la Giornata della consapevolezza 49

IV Il partner, gli amici, gli operatori sanitari 50
Una società 'impreparata', spaventata dalla morte 51
- Insieme è meglio 52
Il difficile ruolo del partner 52
- Interferenze culturali 54
- Reazioni al dolore, la risposta maschile 55
Insieme nella tempesta 55
- Per non lasciarla sola 57
- Per non lasciarlo solo 58
Parenti e amici, quale aiuto? 58
- Le frasi di 'non consolazione' 59
- Un silenzio fatto di ascolto e partecipazione 60
Come parlarne ai fratellini? 61
- Parole semplici e sincere 63
• Un aiuto dalle fiabe 64
- Quando i piccoli aiutano i grandi 64
Il supporto degli operatori sanitari 65
- Gestione di tempi e luoghi dell'assistenza 66
- Confronto e condivisione tra operatori 67
• Supporto psicologico e *follow-up* 68

V Una nuova gravidanza: quando e come? 69
A livello fisico, via libera in tempi brevi 69
- Esami e controlli soltanto se l'aborto è ripetuto 70
- Se la gravidanza si è interrotta nel secondo trimestre 70
- Se la perdita è avvenuta nel terzo trimestre 71
Prendersi il tempo necessario 72
L'attesa dopo un aborto: come viverla serenamente 73
• Il papà e la nuova gravidanza 75

VI L'aborto ripetuto e ricorrente 76
Da cosa è determinato? 77
- Possibili cause dell'aborto ricorrente 78
L'iter diagnostico 80
La paura di non poter diventare madre 82

VII La morte perinatale 84
Costruire ricordi di lui e con lui 85
- Quando il bimbo muore dopo la nascita 87
- I giorni successivi al parto 88
Il dolore in famiglia 88
La consolazione degli affetti 89
La consolazione dei rituali 90
La consolazione del tempo 91

VIII Conclusioni 93

~ SECONDA PARTE ~
VOCI DI MAMME E PAPÀ

Un sogno appena sbocciato
Perderlo nel primo trimestre 97

La tua carezza dentro di me, come ali di farfalla
Perderlo nel cuore dell'attesa 121

A un soffio dal mio abbraccio
Perderlo prima che nasca 129

Il tempo di uno sguardo
Perdere un bimbo dopo la nascita 134

Piccolo mio, piccola mia… Sono io. La tua mamma
Lettere ai bimbi non nati 142

~ TERZA PARTE ~
VOCI DI ESPERTI

Aborto spontaneo: quali opzioni terapeutiche? 153
(Enzo Esposito, ginecologo)

L'ostetrica al fianco della donna quando la gravidanza si interrompe 155
(Margherita Locatelli e Stefania Conti, ostetriche)

L'ostetrica e la coppia che perde un bambino prima della nascita 158
(Maria Cristina Ravasio, ostetrica)

Angeli e carezze 161
(Alessandra Bortolotti, psicologa)

La morte perinatale, il lutto del padre 165
(Francesco Saverio Ruggiero, psichiatra e psicoterapeuta)

La dignità del feto 167
(Carlo Bellieni, neonatologo)

Perdere un bimbo dopo la nascita 170
(Diana Mayer Grego, presidente di Sulle Ali di un Angelo)

Montata lattea, cosa fare? 173
(Carla Scarsi, scrittrice e giornalista)

I gruppi di auto aiuto: la forza della condivisione 175
(Claudia Ravaldi, psichiatra e psicoterapeuta)

~ QUARTA PARTE ~
DEDICATO AGLI OPERATORI

Le professioni sanitarie e la perdita precoce 181
a cura di Laura Castellarin, ostetrica

Bibliografia 192

Appendice
Associazioni e Gruppi di Auto Mutuo Aiuto 195
Siti di interesse 197
Gruppi di discussione su internet 200

Indice 201

Prefazione

di Piera Maghella

Se hai comprato o se ti è stato regalato questo libro, probabilmente stai vivendo o hai vissuto la perdita di un bimbo, oppure sei un operatore che vorrebbe sostenere le donne e le coppie che vivono questa pesante esperienza. Questo libro è prezioso e alquanto raro.

Anch'io sono tra le tante mamme che ha perso una bambina che stava crescendo in utero e quando è successo mi sono sentita drammaticamente sola; ho tanto cercato fonti, testi che descrivessero, che spiegassero, che riportassero anche esperienze dirette per riconoscere le mie emozioni. Quella bimba, nata a 24 settimane di gravidanza, ha un nome, Francesca, e un suo posto in famiglia. Ho potuto guardarla, toccarla e tenerla. Questo mi ha molto aiutata.

I genitori che perdono il loro bambino sono proiettati a costruirci una vita insieme, hanno fatto tanti sogni, previsioni e in molti casi non rimane alcuna memoria tangibile. Il mondo non ricorda.

Quando un bimbo muore in ospedale, nel tentativo di alleviare la sofferenza, tutte le evidenze della sua esistenza vengono rimosse velocemente, nulla è lasciato per confermare la realtà: "*tutto è successo così rapidamente… Era già tutto fatto… Solo dopo ho realizzato che avrei voluto vederla, toccarla…*" ma anche a casa: "*nulla deve ricordare… nessuno ne vuole parlare… tutti evitano".*

C'è la perdita fisica, reale e si perde anche la potenzialità di avere una vita con quel particolare bimbo che nessuno potrà mai sostituire e questo

destabilizza le certezze e l'ordine del ciclo della vita e degli eventi. Nell'ordine delle cose i figli sopravvivono ai loro genitori. Quando la corsa è per la vita non c'è la minima preparazione all'evento luttuoso e per molte coppie può essere il primo confronto con la morte.

Si attraversano, come un turbine, tante emozioni. Si può vivere una sospensione della realtà, un congelamento emotivo "*tutto mi passava davanti… non c'ero…*". Dopo la realizzazione dell'evento si può sentire un senso di colpa, di vergogna, di fallimento, di ingiustizia, di rabbia "*andava tutto bene, perché a me?*". C'è un disperato bisogno di trovare la causa, la responsabilità, di aver risposte chiare.

Nelle settimane o nei mesi successivi la solitudine e la tristezza possono essere così forti da non riuscire a trovare la forza per reagire. Ci sono madri che temono di perdere i ricordi, le sensazioni della gravidanza, l'aspetto del bimbo e mantenere la sofferenza diventa per loro la modalità per trattenere la breve esistenza di quel bambino. A volte si fanno scelte forti, di rottura, come cambiare lavoro, tornare a studiare, cambiare casa o fare un lungo viaggio per concentrarsi, per misurarsi, per cambiare pagina.

Creare memorie, ricordi tangibili e rituali può offrire conforto nelle settimane, nei mesi e negli anni a venire. Più memorie si hanno meno complicata potrà essere l'elaborazione della perdita del proprio bambino. Condividere apertamente emozioni, pensieri e difficoltà può aiutare a superare l'isolamento e a collocare l'esperienza nella propria storia per trovare una rinnovata apertura alla vita.

Questo libro, così completo, è prezioso per tutti.

Piera Maghella
Educatrice perinatale
Fondatrice del MIPA Centro Studi
Co-autrice di "La Perdita"

Introduzione

Sono passati cinque anni da quando ho perso il mio bambino. Era il mio terzo figlio. Ricordo ancora il giorno in cui il test di gravidanza è risultato positivo. Ero troppo, troppo felice. Aspettavo un bimbo! C'era di nuovo una creatura nel mio grembo, avrei vissuto di nuovo tutte le emozioni dell'attesa, il pancione che cresce, i primi movimenti, la scelta del nome… Con la mente e il cuore in subbuglio, ho dato la notizia a mio marito. Poi è stata la volta dei parenti più cari, la zia che è un po' come una mamma e i miei amatissimi nonni. Che gioia vedere la loro contentezza, che gioia portare in cuore un segreto così bello.

Ed è arrivato il giorno della prima ecografia. Un giorno speciale, colmo di aspettative e trepidazione: avrei visto il mio bambino!

Avrei sentito il battito del suo piccolo cuore.

Ancora oggi non so esprimere a parole quello che ho provato davanti a quello schermo nero. C'era il mio bambino, sì. Ed era bellissimo. "È già così grande" avevo detto io, sorpresa nel trovare la testolina già delineata, ben distinta dal minuscolo corpo. Ma c'era silenzio in quell'eco. Un silenzio che urlava alle orecchie e al cuore. E lui era così fermo, sembrava dormisse.

Tutta la gioia fuggita in un istante, trasformata in sgomento, incredulità, dolore.

Non c'è battito. L'attesa si è interrotta.

Sono tante le donne che hanno dovuto sentire questa frase. Poche parole pesanti come macigni.

Poche parole che mettono fine a un sogno, il più bello, quello di diventare madre.

Questo libro è dedicato a loro. A tutte le donne che, in un momento imprecisato della loro vita, hanno visto interrompersi un sogno. A tutte le donne che hanno sognato di accarezzare, cullare, allattare il loro piccino, ma non hanno potuto farlo, perché non è stato concesso loro di abbracciarlo.

È difficile parlare di questo dolore. Non capisco bene perché, ma è un dolore che la società si ostina a non considerare. E quando non viene ignorato, allora viene immediatamente minimizzato. Tutto il conforto che la donna può aspettarsi in genere si riduce a frasi banali che spesso la fanno sentire peggio: "Per fortuna eri incinta solo di tre mesi", "Su, su, capita a tante donne, è normale" e "Avrai altri bambini". Così al dispiacere si aggiunge anche la devastante consapevolezza di non essere comprese. Ci si sente sole. Sole con un dolore che il resto del mondo – a volte anche chi ci è più vicino – non riconosce e quindi non accoglie.

Quando ho vissuto questa esperienza mi sono sentita molto sola. Avrei voluto parlarne, condividere la mia pena, sfogarmi, ma era difficile trovare qualcuno disposto ad ascoltare. E poi avrei voluto capire. Perché avevo perso il mio bambino? Perché la gravidanza si era fermata? Cos'era successo? E poteva accadere di nuovo?

Molte domande, poche risposte.

Alcune settimane dopo l'intervento di raschiamento sono entrata in una libreria e ho cercato un testo che affrontasse questo tema. Ci sono libri su tutto, guide per ogni argomento e situazione della vita, centinaia di titoli ci parlano di gravidanza, nascita, accudimento dei figli, possibile non ci fosse un libro che parlava dell'aborto spontaneo, un'esperienza che riguarda tante donne?

Io non l'ho trovato.

Mi hanno proposto alcuni volumi dedicati alla psicologia e all'elaborazione del lutto, ma non era quello che cercavo. Affrontavano situazioni troppo diverse, che sentivo lontane e non potevano aiutarmi.

Ed ecco come è nata, tempo dopo, l'idea di questo libro.

Il libro che avete tra le mani fa parte di un lungo percorso che ha avuto inizio in una mattina di dicembre con un test di gravidanza positivo e non si è concluso, né mai lo farà, perché è parte di me, della mia vita, di quello che sono.

Oggi io non soffro più per il mio bimbo in Cielo; con il tempo il dolore si è trasformato più e più volte fino a diventare rimpianto, nostalgia, ricordo. Un pensiero pieno d'amore e di tenerezza. Ma non ho dimenticato. Non ho dimenticato lo smarrimento, la solitudine e l'angoscia. Ecco il perché di questo libro.

Un libro che vuole essere una carezza per le donne che in questo momento stanno soffrendo e per le donne che hanno sofferto in passato e portano ancora nel cuore una traccia di quel dolore. Ognuna con la sua storia, che è sempre unica e diversa, ognuna con le sue emozioni, ognuna con i suoi tempi. Quello che abbiamo in comune è un bambino non nato, un bambino che non abbiamo potuto stringere tra le braccia, ma che fa parte di noi, della nostra storia, della nostra famiglia.

Ma questo è anche un libro che si rivolge ai papà, ai compagni di vita di queste donne che, forse mai come in questo momento, hanno bisogno di sentirsi accolte, comprese e amate. E un libro per i parenti e gli amici che vorrebbero aiutare, ma forse non sanno come fare.

Indicazioni valide per tutti non ne possiamo dare, dato che ogni storia è a sé, ma speriamo che ognuno possa trovare almeno qualche spunto utile tra queste pagine.

Parlarne è già un passo. Parlarne è un modo per riconoscere l'importanza di questo argomento.

In questo libro ci sono numerose testimonianze. Raccontare la propria storia, ricordare, rivivere certi momenti per alcune donne è stato difficile, doloroso. Per altre è stato liberatorio, un'opportunità per comprendere meglio le proprie emozioni e riconciliarsi con il passato. Ma quello che hanno in comune tutte le mamme di 'bimbi speciali' che hanno accettato di condividere la propria esperienza in queste pagine è la speranza che la loro storia possa essere d'aiuto per altre donne. Ogni testimonianza è una mano tesa.

Una mano che consola, comprende, ascolta. Ma è anche una promessa. Pian piano la sofferenza non sarà più così straziante, ma ciò non significa che si dimenticherà.

I bimbi non nati non sono 'persi' per le loro mamme. Fanno parte di loro. Sono nel loro cuore e lo saranno per sempre.

Se stai piangendo il tuo bambino non nato, sappi che non sei sola. Siamo in tante ad aver provato il tuo dolore. Un anno fa, cinque, dieci, venti.

Anche noi siamo mamme di un bimbo speciale che non abbiamo potuto abbracciare, stringere e coccolare, ma che custodiamo al sicuro, nel nostro cuore.

Questo libro è dedicato a te.

PRIMA PARTE

Perderlo prima che nasca

I

Cos'è l'aborto spontaneo?

Ho perso tre bimbi, tutti e tre nelle prime settimane di gravidanza, e anche se erano solo delle piccole macchioline scure nell'ecografia, nel mio cuore rimangono i miei bimbi che non ho mai conosciuto.
Anna

Sei nato dentro di me e dentro di me sei morto. Sono stata il tuo Universo, e ora vivi affacciato ai miei occhi, tutt'uno con me, in ogni mio respiro.
Daniela

Il fatto che tu non sia mai fisicamente nato non ci impedisce di considerarti un membro della nostra famiglia, sei nostro figlio, frutto del nostro amore come lo sono i tuoi fratelli, e attendo il giorno in cui potremo di nuovo essere riuniti tutti insieme.
Alessia

L'aborto spontaneo è la più frequente complicazione della gravidanza[1].

1 In questo capitolo e nel successivo vengono offerte alcune informazioni di taglio scientifico e vengono riportati termini tecnici e definizioni spesso utilizzati dagli operatori sanitari, nei referti e nelle cartelle ospedaliere. Si tratta, forse, di capitoli un po' freddi, ma ci sembrava giusto affrontare anche questi aspetti, seppur in modo molto sintetico. Il suggerimento per chi vuole saperne di più è di non esitare a chiedere informazioni al proprio medico di riferimento. Conoscere e capire, fugare dubbi e interrogativi, può aiutare il processo di elaborazione del lutto.

Con questo termine ci si riferisce comunemente all'interruzione spontanea dell'attesa che si verifica prima del sesto mese (180 giorni di gestazione)[2].

La possibilità che una gravidanza si interrompa è più elevata di quanto si possa pensare. Si ritiene, infatti, che il 15-25% delle gravidanze si concluda con una perdita: nell'80% dei casi l'interruzione avviene nel primo trimestre, ovvero entro le prime dodici settimane di gestazione.

Molte sono, inoltre, le attese che si concludono in un'epoca precocissima (entro le prime cinque settimane), ancor prima che la donna stessa si accorga di essere incinta o che ne abbia avuto la conferma clinica. Si calcola che gli aborti spontanei in questa fase raggiungano il 60%[3].

Il rischio di perdere un bimbo diminuisce rapidamente con il procedere dell'età gestazionale: tanto più la gravidanza procede, tanto più è probabile che giunga a termine.

Ma perché tanti bimbi restano con la loro mamma per un periodo così breve? Studi e ricerche riconducono un'alta percentuale – tra il 50 e il 70% – degli aborti spontanei che avvengono nel primo trimestre a un difetto genetico del piccino che ha appena iniziato a crescere nel grembo materno. Un difetto genetico incompatibile con la vita stessa, che ne impedisce il normale sviluppo e fa sì che la gravidanza si interrompa.

In alcuni casi, invece, qualcosa non 'funziona' nei delicati processi che portano all'impianto della cellula uovo, fecondata dallo spermatozoo maschile, nell'utero. Più di rado la gravidanza non può evolversi felicemente per un problema di salute della mamma.

Sintomi e diagnosi, i segni e la conferma della perdita

Perdite di sangue, crampi più o meno intensi alla pancia, un dolore alla parte bassa della schiena, una sorta di pressione nella zona pelvica. Si può

2 Attualmente, nella pratica clinica si parla di aborto se la gravidanza si interrompe spontaneamente entro le 21 settimane, anche se alcuni spostano questo termine a 22, 23, o 24 settimane di gestazione. Oltre tale termine si parla di parto prematuro o morte fetale endouterina. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce aborto spontaneo la morte di un feto di peso inferiore a 500 grammi di peso.

3 Benedetto C., Patriarca A., Marozio L. e altri, *Epidemiologia ed eziopatogenesi*, "L'aborto spontaneo", Prenatale, APOG, Volume 6, Numero 3, dicembre 2002, pag. 9.

manifestare così, con uno di questi sintomi piuttosto generici, la perdita di un piccino all'inizio della gravidanza. E davanti a questi sintomi, subito scatta la paura, l'incertezza, il timore che stia succedendo qualcosa. Naturalmente il verificarsi di perdite ematiche non corrisponde per forza a un'interruzione di gravidanza, ma il pensiero che questo sintomo, soprattutto se accompagnato da crampi, possa segnalare la fine dell'attesa si affaccia subito con prepotenza alla mente e al cuore della futura madre. La sensazione descritta da molte donne che hanno vissuto questa situazione è che il corpo le stia tradendo, che non sia capace di custodire il loro piccino. E di impotenza, di impossibilità di cambiare il corso degli eventi. In queste situazioni il verdetto è affidato a un controllo ecografico che stabilirà se i sintomi corrispondono a una minaccia d'aborto o a un'effettiva interruzione dell'attesa.

A volte, invece, la futura mamma non avverte alcun disagio, non ha perdite, né dolori. Eppure, anche se lei ancora non lo sa, l'attesa si è interrotta.

Quando l'aborto è asintomatico, la donna scopre di aver perso il suo bambino in occasione di un normale controllo ginecologico o durante la prima ecografia. "Non c'è battito, l'attesa si è interrotta", questa la sentenza inappellabile che ha messo fine, in modo del tutto inaspettato, al sogno di felicità di tante future mamme.

Se le dimensioni dell'utero o dell'embrione non corrispondono alla settimana di gestazione, o il medico non riesce a 'trovare', ovvero a rilevare ecograficamente, il battito cardiaco del piccino, in genere, viene prescritto un ulteriore controllo ecografico a qualche giorno (in genere una settimana) di distanza. Se la situazione non si evolve, la diagnosi di aborto interno (o ritenuto) viene confermata. Una diagnosi che si rivela difficile da accettare, quando non ci sono sintomi e il corpo sembra ignaro di quanto è accaduto e 'continua a essere incinta' (spesso nausea e tensione al seno, che per alcune donne sono i segni rivelatori di una gravidanza, persistono per diversi giorni dopo che la vita si è spenta nel grembo della mamma).

Nella maggior parte dei casi l'esame clinico e l'ecografia sono sufficienti a chiarire la diagnosi. Quando, però, nelle fasi più precoci della gravidanza, sussiste qualche dubbio, il medico può prescrivere un prelievo del sangue per dosare la beta-HCG presente nell'organismo materno: il valore di questo ormone cresce velocemente dopo il concepimento e, se tutto pro-

cede bene, continua ad aumentare fino al terzo mese[4].

- Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre

Le attese che si interrompono tra la 13ª e la 20ª settimana sono circa il 3%. Quando si perde un bimbo nel secondo trimestre l'aborto può avvenire in due modi:

– in alcuni casi si verifica una dilatazione della cervice, ovvero del collo dell'utero, in assenza di contrazioni: il bambino nasce con un parto indolore, ma è troppo piccino per sopravvivere al di fuori del grembo materno;

– più spesso il cuore del bimbo, ancora cullato nel corpo della madre, cessa di battere e la diagnosi avviene in occasione di una visita o di un controllo ecografico. In questa situazione, in genere, il travaglio non si avvia spontaneamente e il parto deve essere indotto.

Cause e fattori di rischio

Perché è accaduto? Questa è una domanda che la maggior parte delle donne che hanno perso un bimbo si pone. Cosa è successo? Perché la gravidanza si è interrotta? Qual è il motivo di tanto dolore?

Le *anomalie genetiche del bimbo* che si stava formando nel grembo materno rappresentano la principale causa di aborto occasionale[5] del primo trimestre (mentre sono sempre meno frequenti dopo le dieci settimane di età gestazionale).

In pratica, qualcosa non 'funziona' proprio all'inizio dell'attesa, e il piccino non ha fisicamente le potenzialità per continuare a crescere e svilupparsi. In alcuni casi la gravidanza si interrompe ancor prima che si sia

4 La beta-HCG (Gonadotropina Corionica Umana) è prodotta dal trofoblasto, un tessuto che con il procedere della gravidanza si trasformerà nella placenta. È la presenza di questo ormone nel corpo materno che determina il risultato positivo dei test di gravidanza.

5 Con questo termine ci si riferisce agli episodi isolati di aborto spontaneo. Quando si verificano due o più aborti consecutivi, si parla di aborto spontaneo ripetuto o aborto spontaneo ricorrente.

formato il cuore; in altri, il bimbo si spegne successivamente e il suo minuscolo cuore cessa di battere.

I difetti genetici sono responsabili di circa il 50-60% delle interruzioni di gravidanza nel primo trimestre, le alterazioni cromosomiche più frequenti sono anomalie nel numero dei cromosomi (86% dei casi) e anomalie della loro struttura (6% dei casi).

Anomalie cromosomiche possono essere all'origine anche di quelle situazioni indicate come gravidanze 'anembrioniche' o più comunemente "uovo cieco o uovo chiaro", dall'inglese *blighted ovum*, ovvero quei casi in cui la camera gestazionale c'è ed è ben impiantata nell'utero, ma è vuota, poiché l'embrione non si è formato, o si è formato, ma poi non si è sviluppato e le sue dimensioni sono regredite.

Nel rimanente 10-20% dei casi, all'origine della perdita c'è invece un *problema di salute della futura mamma.* I più comuni sono i seguenti:

– anomalie del sistema riproduttivo (difetti uterini congeniti come l'utero setto, oppure acquisiti, quali aderenze intrauterine, miomi, incontinenza cervicale)[6];

– patologie congenite o croniche (malattie cardiache, renali, diabete mellito non controllato, ipertensione grave, patologie autoimmuni, ecc.), fattori immunologici, trombofilie;

– complicazioni acute: infezioni quali rosolia, citomegalovirus, toxoplasma, infezioni vaginali batteriche, ecc.

Ci sono, infine, alcuni fattori che possono aumentare il rischio di aborto spontaneo.

– Fattori esterni, quali abuso di alcol, sostanze stupefacenti, fumo[7].

– Età materna: il rischio di aborto spontaneo è più elevato prima dei 20 anni e dopo i 35.

– Storia Ostetrica: dopo due o più aborti consecutivi, aumenta il rischio di un'ulteriore perdita.

– Assunzione di particolari farmaci: alcuni medicinali (sia medicinali

6 Cosmi E. V., Anceschi M., *Editoriale*, Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

7 Benedetto C., Patriarca A., Marozio L. e altri, *op. cit*., pag. 10: *"Nelle forti fumatrici il rischio di aborto aumenta del 40% rispetto a quello delle non fumatrici e l'entità del rischio cresce proporzionalmente al numero di sigarette fumate al giorno".*

per cui serve una prescrizione medica, sia da banco) sono stati collegati a un aumento del rischio di aborto spontaneo.

Esposizione a tossine ambientali, quali sostanze chimiche, piombo, arsenico, ecc.

- Nel secondo trimestre

Le cause più frequenti di aborto nel secondo trimestre sono riconducibili a patologie infettive, anomalie genetiche, anomalie uterine, in particolare anomalie cervicali (incompetenza cervicale).

C'è però una percentuale non indifferente di casi in cui non è possibile risalire a una causa e che vengono quindi definiti, per esclusione, aborti idiopatici. Secondo uno studio condotto in Gran Bretagna, su un campione di 636 madri che hanno perso il proprio bimbo nel secondo trimestre, una causa reale per questo evento può essere riconosciuta solo nella metà dei casi[8].

Sensi di colpa che non hanno ragione d'essere

Quando si perde un bimbo all'inizio dell'attesa, alla delusione e all'amarezza, spesso, si accompagnano numerosi interrogativi. Si cerca una ragione, una spiegazione per quello che è accaduto. Per un evento che sappiamo essere frequente, ma che non si pensa mai possa davvero capitare proprio a noi. In questa situazione l'insidia dei sensi di colpa è in agguato e può spingerci a passare in rassegna le nostre giornate cercando quel gesto, quello sforzo, quell'abitudine che potrebbe aver danneggiato la nostra gravidanza. Forse quel giorno in cui abbiamo portato fino a casa i sacchetti della spesa? O quando abbiamo pulito i vetri di tutte le finestre? O, ancora, il fatto di aver continuato ad allattare il nostro primogenito…

A questo proposito la psicologa Carole Méhan, scrive: "*molte donne hanno sensi di colpa, rimproverano se stesse e si chiedono se la perdita del loro bambino sia imputabile a qualcosa di preciso che avrebbero dovuto o*

8 Paladini D., Martinelli P., *L'aborto nel secondo trimestre*, Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

non dovuto fare.'"[9]

In realtà, questi dubbi non hanno ragione di essere, davvero. E rendono più difficile una situazione già dolorosa. Gli esperti ci rassicurano in questo senso: non sono cause di aborto l'attività sessuale, una normale attività fisica, il lavoro fuori casa o le faccende domestiche[10].

Allattare nell'attesa, infine, non interferisce con il buon proseguimento della nuova gravidanza: le poppate devono essere sospese solo nei casi in cui l'attesa non sia fisiologica, ovvero in presenza di complicazioni per cui la gravidanza viene definita 'a rischio'. A questo proposito l'Accademia Americana dei Medici di famiglia, nel 2002, ha affermato: "Se la gravidanza è normale e la mamma è sana, allattare nell'attesa è una decisione che spetta alla madre"[11].

Non colpevolizziamoci. Noi non abbiamo sbagliato niente. Non è a causa di un nostro comportamento che abbiamo perso il nostro piccino.

- Alcuni termini tecnici -

Riportiamo di seguito alcuni termini tecnici, definizioni che, in genere, vengono utilizzate dagli operatori sanitari nel compilare referti e cartelle mediche.

- Se la gravidanza si interrompe tra la 5ª e la 9ª settimana si parla di *aborto embrionale*, mentre a partire dalla 10ª settimana dell'attesa, si parla di *aborto fetale*. La perdita di un bimbo tra la 13ª e la 20ª-22ª settimana circa di gravidanza, viene indicata con il termine *aborto tardivo* o *aborto del secondo trimestre*[12].
- L'aborto spontaneo è definito *completo*, quando si verifica spontaneamente l'espulsione dell'embrione e del sacco vitellino, sotto ➔

9 Méhan C., *Lutto perinatale*, on-line nelle pagine di www.babyitalia.com. È possibile scaricare il testo dell'articolo (in italiano) da digilander.libero.it/ildiariodellalinda/Il%20lutto%20perinatale.doc

10 Bulletti C., Flamigni C., *op. cit.*, pag. 15.

11 American Academy of Family Physicians (AAFP), *Position Statement on Breastfeeding 2002*. Leawood, Kansas: American Academy of Family Physicians, 2002. Si veda, per una trattazione completa, di Paola Negri, *Sapore di mamma*, Il leone verde 2009.

12 Dalla 27ª settimana di gravidanza a 7 giorni dopo la nascita, la perdita di un bambino viene definita morte perinatale.

➔ forma di perdite ematiche, a volte accompagnate da dolore al basso ventre o alla zona lombo-sacrale. Questa situazione è più frequente nelle primissime settimane dell'attesa e, in genere, si conclude senza necessità di trattamenti medici. Entro alcuni giorni emorragia e dolore regrediscono fino a cessare del tutto. Se la donna non si era ancora accorta di essere in dolce attesa, l'aborto può essere scambiato per un ciclo mestruale più abbondante.

- Se l'aborto spontaneo è *incompleto*, si verificano delle perdite ematiche ma l'ecografia rivela che l'utero non si è liberato del tutto. In questa situazione il dolore e le perdite, di entità variabile, potrebbero persistere poiché l'utero continua a contrarsi.
- *Aborto in atto*, questo è il termine che spesso viene usato dal medico, quando constata che le perdite ematiche e gli eventuali crampi sono il segnale di un aborto in corso.
- In caso di aborto *interno* o *ritenuto*, lo sviluppo dell'embrione si ferma e quindi la gravidanza si interrompe senza che si verifichi alcun sintomo. Anche i comuni sintomi della gravidanza, ad esempio la nausea o la tensione del seno, possono persistere per diversi giorni dopo la morte del piccino.
- *Gravidanza aembrionale* (*blighted ovum*), così si definisce un'attesa in cui l'embrione non si sviluppa: il controllo ecografico evidenzia la presenza di una camera gestazionale vuota.
- Si parla di *aborto spontaneo ripetuto* quando si verificano due aborti consecutivi, e se la gravidanza si interrompe tre o più volte consecutive si usa la definizione *aborto spontaneo ricorrente*.

II

Cosa succede nel corpo della donna

Quando la scintilla della vita si spegne nel grembo materno, l'organismo della donna può reagire in modi differenti.

Come abbiamo accennato in precedenza, parlando dei sintomi che possono accompagnare l'interruzione della gravidanza nelle prime settimane dell'attesa, l'aborto può manifestarsi con dei segnali espliciti (perdite di sangue, dolori), oppure restare nascosto ed essere scoperto casualmente in occasione di un controllo ecografico.

Ma cosa succede nel corpo materno in questa situazione? Quando l'aborto si risolve spontaneamente e quando invece è necessario un intervento medico per tutelare la salute della donna?

Quando lo sviluppo dell'embrione si interrompe possono trascorrere da pochi giorni ad alcune settimane prima che l'utero cominci a contrarsi e si manifestino delle perdite.

Se si esegue un controllo ecografico mentre l'aborto è in atto, ovvero mentre sono presenti perdite ed eventualmente dolori al basso ventre o alla zona lombo-sacrale, si può vedere l'utero che si contrae[1].

Se l'espulsione avviene in modo completo, l'utero si svuota spontaneamente e al suo interno non resta traccia della gravidanza che purtroppo si è interrotta.

1 Le pareti uterine tendono a collassare su se stesse per effetto della graduale discesa della camera gestazionale verso il collo dell'utero e quindi della sua imminente espulsione in vagina.

In questo caso, una volta verificato tramite ecografia che la cavità uterina sia completamente vuota, se le perdite di sangue si riducono fino a cessare del tutto, non sono necessari interventi medici o terapie.

In genere si ritiene opportuno eseguire un ulteriore controllo ecografico e/o un dosaggio del beta-HCG a distanza di qualche settimana, per accertare che non vi siano state complicanze.

Se invece l'aborto è incompleto e l'utero, contraendosi, non riesce a liberarsi del tutto, può essere necessario un trattamento medico per svuotare la cavità uterina e far cessare le perdite ematiche. In questo caso l'ecografia rivela un'immagine disomogenea e disorganizzata: nella maggior parte dei casi non è più evidenziabile l'embrione ma solo il tessuto coriale o placentare.

Quando l'aborto è asintomatico il piccino non è più vitale, ma l'utero non si contrae e non ci sono segnali del fatto che la gravidanza si è fermata. L'embrione rimane nella sua culla e la cervice uterina è perfettamente chiusa. È l'ecografia a rivelare quanto è accaduto perché non c'è battito e perché le dimensioni del bimbo sono inferiori rispetto a quelle previste per quell'epoca dell'attesa.

Dal momento in cui il bimbo si spegne a quello in cui l'utero comincia a contrarsi e si verificano delle perdite possono trascorrere da pochi giorni ad alcune settimane.

In media si calcola che, in genere, l'embrione viene espulso spontaneamente entro 14 giorni[2].

Le opzioni terapeutiche

Ormai è sicuro. L'attesa si è interrotta. Al grande dolore causato da questa notizia che, nella maggior parte dei casi, giunge improvvisa e inaspettata, si sommano i timori e le incertezze per quello che accadrà. Quali passi sono necessari se non si è verificato un aborto spontaneo completo?

Le opzioni terapeutiche in caso di aborto incompleto o aborto ritenuto sono tre[3].

2 Bulletti C., Flamigni C., *op. cit.*, pag. 15.
3 Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *La terapia dell'aborto,* Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

• Terapia chirurgica, che consiste nello svuotamento strumentale della cavità uterina, tramite raschiamento o isterosuzione.

• Atteggiamento di attesa, fino all'espulsione spontanea e completa del materiale ovulare.

• Terapia medica, ovvero somministrazione di farmaci per stimolare lo svuotamento della cavità uterina.

- Terapia chirurgica

A partire dagli anni Trenta del secolo scorso, con l'obiettivo di ridurre il rischio di sepsi ed emorragie che mettevano a rischio la salute e la vita stessa della donna, è stato privilegiato un approccio terapeutico di tipo chirurgico con la revisione (pulizia) strumentale della cavità uterina, eventualmente preceduta da dilatazione cervicale (definita dalla letteratura anglosassone *Dilatation&Courettage*).

Oggi, però, con l'avvento dell'ecografia (transvaginale e addominale) e grazie al dosaggio del beta-HCG è possibile effettuare la diagnosi di aborto spontaneo in epoche piuttosto precoci della gestazione, quando una discreta percentuale di situazioni potrebbe ancora risolversi spontaneamente. Diversi lavori pubblicati su riviste scientifiche, nazionali e non, sostengono quindi sia legittimo pensare che una quota delle revisioni della cavità uterina effettuate in queste circostanze sia probabilmente inutile, poiché nell'arco di alcuni giorni la situazione avrebbe potuto risolversi spontaneamente[4].

Per questo motivo, attualmente, la terapia più accreditata è l'attesa sotto controllo medico. Terapia che, in paesi come l'Olanda, il Canada e il Regno Unito, è la strategia più applicata.

In quei casi in cui però l'intervento chirurgico si rende indispensabile – perché l'aborto incompleto causa emorragie importanti, o perché in caso di aborto ritenuto, nonostante l'attesa, la situazione non si sblocca – si procede con lo svuotamento strumentale della cavità uterina effettuata di regola in anestesia totale (o con anestesia locale e leggera sedazione).

4 Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *op. cit.,* 2002.

L'approccio chirurgico è indispensabile anche in presenza di sintomi quali febbre, dolore, instabilità emodinamica; complicazioni che si verificano, però, solo nel 10% dei casi.

Le metodiche chirurgiche sono due:

• il raschiamento che viene eseguito utilizzando uno strumento simile a un cucchiaio (*curette*) per ripulire i tessuti della cavità uterina;

• l'isterosuzione che prevede l'utilizzo di uno strumento che aspira il materiale presente nell'utero.

Spesso, nel corso dell'operazione, che dura in genere 15-20 minuti e avviene in regime di day-hospital, vengono eseguite entrambe le procedure.

L'ultimo passo è l'esame istologico (effettuato in laboratorio sul materiale ovulare asportato), destinato a escludere la presenza di eventuali patologie.

- Attesa sotto controllo medico

Quando l'attesa si interrompe nel primo trimestre, nella maggior parte dei casi, la natura fa il suo corso e la situazione si risolve senza necessità di interventi esterni, con lo svuotamento spontaneo della cavità uterina.

Per questo, a oggi, in alcuni ospedali italiani (ma non in tutti) si tende a privilegiare una condotta di attesa sotto controllo medico, evitando così un intervento chirurgico che potrebbe non essere necessario.

Questo tipo di approccio, oltre a permettere di studiare l'evoluzione della situazione in modo più completo, evita il rischio di eventuali complicanze[5] connesse con uno svuotamento strumentale della cavità uterina nonché i disagi di un'anestesia e dell'esperienza di ospedalizzazione. Lo stretto controllo medico (mediante controlli ecografici settimanali) permette di evidenziare tempestivamente i sintomi di eventuali complicanze – emorragie o infezioni – che renderebbero indispensabile un approccio di tipo chirurgico.

In caso di aborto incompleto, l'attesa è ovviamente la scelta preferibile, poiché nella maggior parte dei casi la situazione si risolve spontaneamente.

5 Non è escluso che in occasione di un intervento di svuotamento strumentale si verifichino dei traumi alle pareti dell'utero con possibili complicazioni per le gravidanze future.

Anche in caso di aborto interno la situazione si può sbloccare e risolvere spontaneamente, e se ciò non accade entro un paio di settimane[6] si interviene chirurgicamente.

Non tutte le coppie, però, sono al corrente di questa possibilità e la tendenza comune è quella di considerare indispensabile il raschiamento. In realtà ogni donna, in assenza di segni clinici che rendano necessario intervenire immediatamente, dovrebbe ricevere le informazioni relative ai pro e ai contro di entrambe le opzioni per poter fare una scelta consapevole.

In alcuni casi la donna ha bisogno di tempo per 'rendersi conto' di quanto è accaduto, e un intervento chirurgico frettoloso viene vissuto come uno 'strappo', una dolorosa imposizione. Se la sua esigenza è quella di elaborare la situazione e prepararsi a questa separazione, la scelta di attendere può essere la soluzione migliore.

In altri casi, invece, una volta saputo che la gravidanza si è interrotta, la donna non si sente a suo agio e desidera concludere questa fase il più velocemente possibile.

Ogni persona reagisce in modo differente di fronte a un evento tanto delicato, e l'ideale credo sia garantire alla donna la possibilità di riflettere, lasciandole il tempo necessario per decidere, e poi accogliere le sue scelte.

- Terapia farmacologica

La terza opzione terapeutica consiste nella somministrazione di farmaci analoghi alle prostaglandine e agli anti-progestinici, destinati a favorire lo svuotamento spontaneo della cavità uterina. Questa alternativa è la meno utilizzata poiché non sembra offrire vantaggi sostanziali rispetto alla semplice attesa e i farmaci impiegati possono provocare fastidiosi effetti collaterali (diarrea, nausea)[7].

Secondo le Linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), l'approccio farmacologico ha un maggior tasso di successo nei casi di aborto incompleto, ma determina un aumento del dolore e

6 In caso di attesa sotto controllo medico, questa è la prassi più diffusa negli ospedali italiani: in genere non si aspettano più di due settimane.

7 Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *op. cit.,* 2002.

Questo libro è disponibile su

bambinonaturale.it

ACQUISTA

Il leone verde
edizioni