

Rischi fatali in gravidanza: ecco come prevenirli

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

“Cara Professoressa, come può spiegare tutte queste tragedie di donne morte di parto? Non è possibile prevenirle? Può aiutarci a capire? Mia figlia aspetta il suo primo bambino, è alla ventesima settimana e per ora va tutto bene. Ma quando vedo queste tragedie mi prende il terrore. E se succedesse a mia figlia?”.

Maddalena C. (Treviso)

Gentile signora, capisco bene la sua preoccupazione, che ben rispecchia il brivido che ha percorso l'Italia in questi giorni. Una serie ravvicinata di eventi fatali ci ha fatto risentire improvvisamente la pericolosità, la vulnerabilità, l'imponderabilità, ma anche il rischio di errori umani, potenzialmente presenti nell'ombra di ogni gravidanza e di ogni parto. Ben cinque donne morte di parto in una settimana. Una tragedia per la donna, per il suo bambino, spesso coinvolto nella morte della mamma, e per la famiglia. Perché si muore ancora di parto? E che cosa può aver causato questo addensarsi improvviso di parti dagli esiti fatali?

Che cosa ci dicono le statistiche?

- La mortalità in ostetricia include tutti gli eventi fatali che possono colpire la donna dal momento del concepimento (o della ricerca dello stesso, nella fecondazione medicalmente assistita) a 365 giorni dopo il parto.
- Il dato include le morti per procreazione medicalmente assistita, per malattie in gravidanza, per complicanze precoci e tardive del parto, ma anche i suicidi per depressione post parto (suicidi che possono essere prevenuti con maggiore attenzione ai segnali di allarme da parte sia dei familiari, sia dei medici).
- L'Italia, con Francia e Gran Bretagna, è tra le nazioni con la più bassa mortalità ostetrica materna in Europa e fra le top-ten del mondo: 10 casi ogni 100.000 parti, mentre gli altri Paesi europei si attestano da 20/100.000 in su, quindi con un rischio più che doppio rispetto all'Italia.
- Nei Paesi a basso reddito, si hanno ancora oggi 500 donne morte ogni 100.000 parti: questo ci dà la dimensione dei progressi dell'ostetricia, ma ci invita a fare ancora meglio.
- Considerando che nel nostro Paese nascono circa 500.000 bambini l'anno, si hanno circa 50 donne morte l'anno, per complicanze o eventi avversi. Un numero ancora alto che è doveroso impegnarsi a ridurre!

Le ragioni del corpo

La causa più frequente e drammatica di morte da parto è l'emorragia massiva: la donna può arrivare a perdere 6 litri di sangue, entrare in shock emorragico e ricevere 10 sacche o più di

sangue in pochi minuti. L'emorragia può dipendere da fattori diversi, tra cui patologie della coagulazione ma, soprattutto, anomalie della placenta, che è il grande polmone e la fonte di nutrimento del piccolo. Vediamo in dettaglio i protagonisti del problema.

Le patologie della placenta

Le anomalie pericolose della placenta hanno tre caratteristiche principali: problemi di annidamento in utero, di sede di impianto e di tempo errato ("intempestivo") di distacco.

Nel primo caso, la placenta si annida, si radica troppo all'interno della parete dell'utero (placenta "accreta", "incretata", "percreta", a seconda di quanto si approfondisce: maggiore la profondità, peggiori le conseguenze). Dopo il parto, nel momento del secondamento, in cui cioè la placenta dovrebbe essere espulsa "per seconda", dopo il bambino, questo non succede perché i villi (le "radici" della placenta che servono a "pescare" nel sangue materno per nutrire il bambino), troppo radicati, non si staccano. A quel punto l'utero non può contrarsi, stringendo i vasi sanguigni che lo irrorano, così da bloccare la perdita di sangue. Ed ecco l'atonia dell'utero mentre il sangue esce a fiotti: se la donna è già in ambiente medico di eccellenza (il cosiddetto "terzo livello") trasfusioni massive, ossitocina e altri farmaci per fermare l'emorragia e, se non basta, chirurghi velocissimi a eseguire l'isterectomia (asportazione dell'utero) d'urgenza – mentre gli anestesisti sono impegnati sul fronte della rianimazione, più difficile quando lo shock emorragico è avanzato – possono riuscire a salvare la donna. Non sempre. L'ultimo studio pubblicato da Green e collaboratori sul British Journal of Obstetrics and Gynecology del 23 dicembre 2015 e condotto nei centri di eccellenza del Regno Unito su 181 donne con emorragia massiva dopo il parto riporta: due donne morte, mentre il 45% ha avuto l'isterectomia d'urgenza, l'82% il ricovero in unità di cura intensiva e ben il 28% ha riportato esiti gravi a lungo termine.

Non basta restare vive, ma come? Shock emorragico e trasfusioni a raffica possono creare lesioni permanenti e irreversibili causando insufficienza renale grave, danni epatici, polmonari e cerebrali, problemi immunitari e cardiovascolari. Un bilancio pesante anche in centri di eccellenza. Il 3% delle donne studiate non aveva alcun fattore di rischio e aveva avuto parti normali per via vaginale. Dopo, il disastro. Dati inquietanti, pronti a ricordarci che le gravidanze vengono definite ad alto, medio o basso rischio. Attenzione, quindi: non esiste la gravidanza senza rischi, a rischio zero! Non siamo onnipotenti né immortali, anche se dobbiamo impegnarci per eliminare tutti i fattori modificabili di rischio (tra cui il fumo, la carenza di acido folico, l'eccesso di tagli cesarei e così via).

La seconda causa di emorragie dipende dalla posizione della placenta: che dà luogo a sanguinamenti pericolosi quando è posta "previa", ossia nella parte interna del collo dell'utero, davanti alla vagina. Nel momento in cui iniziano il travaglio e la dilatazione del collo, quando la placenta si stacca prematuramente (perché il bimbo è ancora in utero), partono sia l'emorragia sia la sofferenza fetale (perché la placenta è il polmone del bambino finché questi non è nato e respira autonomamente). Qual è il punto? La placenta previa si diagnostica bene con l'ecografia: il segnale di allarme scatta quando il bordo è posto a meno di due centimetri dal centro del collo, detto orifizio uterino interno. In tal caso si fa il taglio cesareo "di elezione", prima che parta il travaglio, meglio se in un centro di eccellenza, e il problema è prevenuto. La placenta accreta è di più difficile diagnosi. Ci si riesce in circa il 50% dei casi: ecco un punto da migliorare, con

ecografie sempre più accurate.

La terza causa, pericolosissima, è il distacco "intempestivo" di placenta durante la gravidanza. Il feto va in sofferenza da asfissia: non riceve più ossigeno. Il sangue si accumula tra la placenta e l'utero e ne causa un infarto, che richiede un'isterectomia d'urgenza. Se si crea una "coagulazione intravascolare disseminata", la donna muore per emorragia massiva e inarrestabile. Bisogna trovarsi in sala parto in queste situazioni che, a volte, esplodono senza alcun fattore di rischio evidente. Un dramma per tutti. Ma altri fattori di rischio sono in agguato.

Le infezioni in gravidanza

Perché la donna è più vulnerabile a infezioni fatali anche da germi "banali" come lo streptococco o il virus influenzale? La ragione è precisa: la gravidanza è caratterizzata da una parziale immunodepressione, ossia da una riduzione controllata dell'efficienza del sistema immunitario affinché la mamma possa accettare l'embrione, che porta metà del patrimonio genetico del papà. Si dice infatti che il feto è un "allograft": dal punto di vista immunitario, si comporta come un trapianto geneticamente diverso. Il rovescio della medaglia è che la mamma si difende meno bene dalle infezioni: ecco perché alcune infezioni da germi banali come lo streptococco possono salire dalla vagina, infettare il sacco e il liquido amniotico, causare morte fetale ma anche setticemie fatali. O, ancora, perché il virus influenzale può dare forme sistemiche fatali.

Consiglio pratico: vaccinarsi sempre contro il virus influenzale, soprattutto se si programma una gravidanza. E non sottovalutare le infezioni, anche apparentemente poco aggressive.

I fattori di rischio

Materni

L'età superiore ai 35 anni triplica il rischio; bassa istruzione e basso reddito lo duplicano, perché comportano minore accesso a cure mediche qualificate e minori conoscenze. Malattie preesistenti alla gravidanza, come diabete e ipertensione, ma anche condizioni come l'obesità aumentano nettamente il rischio. Il non aver fatto esami preconcezionali, ma anche il non aver assunto l'acido folico, aumentano il rischio di malformazioni di testa e colonna (del tubo neurale), cardiache e urogenitali, ma anche di anomalie della placenta. Pregressi tagli cesarei aumentano il rischio di anomalie di inserzione della placenta, in particolare la placenta accreta, con rischio di emorragie così gravi da richiedere l'asportazione dell'utero (isterectomia) e trasfusioni massive con rischi a lungo termine da shock emorragico. Vanno aboliti il fumo, che aumenta i rischi cardiovascolari, e l'alcol, che aumenta il rischio di malformazioni e insufficienza placentare.

Attenzione all'anemia in gravidanza, che aumenta la vulnerabilità alle emorragie durante il parto, ma anche a gravi depressioni post parto, oltre a conseguenze sulla salute e sulla capacità di apprendimento del bambino.

Medico-ospedalieri

Inesperienza o inadeguatezza della struttura nell'affrontare situazioni drammatiche come l'emorragia massiva improvvisa, negligenza nel trascurare segnali minimi («Non mi sento bene») senza attivarsi, imperizia o imprudenza (per esempio nel non inviare subito a un centro di eccellenza una donna con anche dubbie anomalie placentari, prima del parto), possono

aumentare la vulnerabilità ai rischi gravi.

La prevenzione

MATERNA

Prima della gravidanza: il 48% delle gravidanze inizia ancor oggi "per caso" o "se capita, siamo contenti". La gravidanza è un viaggio che dura tutta la vita. Partiremmo per un viaggio lungo e potenzialmente insidioso senza alcuna preparazione? Indispensabili: visita preconcezionale, polivitaminico con acido folico (0,4 mg al dì), esami per escludere malattie infettive, diabete, ipertensione. Partire normopeso, o mettersi a dieta. Fare un'ora di passeggiata veloce al giorno. Eliminare alcol, fumo, droghe. Attenzione ai tatuaggi: il piombo, contenuto nei coloranti di bassa qualità, è malformativo quando supera i livelli di sicurezza. Si accumula nell'osso e può manifestare la tossicità anche a distanza di anni.

Durante la gravidanza: se si parte normopeso, aumentare di circa 1 chilo al mese nel primo trimestre, 1.200 grammi al mese nel secondo, 1.500 grammi al mese nel terzo. Preferire amidi, cereali e legumi alla sera, per ottimizzare la glicemia e la nutrizione del piccolo nelle ore notturne, con proteine a pranzo. Integrare l'alimentazione con ferro, acido folico, vitamina D, magnesio, omega 3 e omega 6. Tolleranza zero per alcol, fumo, droghe. Scegliere un ginecologo esperto.

Per il parto: yoga, esercizi di respirazione e di rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico ottimizzano la preparazione al parto. Un'ostetrica esperta è di ottimo aiuto in gravidanza, parto e post parto fisiologici per far sì che restino tali. La scelta di ginecologi e ostetrici esperti, e di ospedali con un elevato numero di parti, aumentano la probabilità di avere un'assistenza eccellente dal punto di vista medico, anche nella gestione delle emergenze.

MEDICA

Aggiornamento continuo, formazione specifica con protocolli rigorosi per la gestione delle emergenze ostetriche, attenzione alla visita, sempre accuratissima, addestramento a non abbassare mai la guardia: anche la gravidanza più normale può volgere in tragedia in pochi minuti, in assenza di fattori di rischio e per eventi imponderabili e non prevedibili.

DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Giustissima l'iniziativa del Ministero di accorpate i centri nascita, idealmente con ospedali dai 1000 parti in su. Solo la presenza in reparto, 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, di ginecologo e anestesista competenti anche nella gestione dello shock emorragico può evitare la tragedia e/o danni permanenti. La "reperibilità" non consente di arrivare in tempo! La sfida: migliorare l'umanità nell'assistenza al parto anche quando i numeri di nascite sono elevati. Bisogna monitorare tutte le Regioni italiane (al momento solo 8 lo sono).

Ridurre la mortalità e la morbilità per gravidanza e parto è un dovere morale ed etico, oltre che sanitario. Ma richiede una piena responsabilità e collaborazione da parte di tutti!

I rischi evitabili

- La procreazione medicalmente assistita in donne obese sopra i 42 anni

- Le anomalie di impianto e di sede della placenta: meno tagli cesarei e più accuratezza nella valutazione ecografica della placenta stessa
 - Le infezioni virali da influenza: vaccinarsi sempre!
 - Le complicanze legate a diabete mal controllato, ipertensione, sovrappeso e obesità, che potenziano tutti i rischi: dieta e movimento fisico sono essenziali!
 - Le complicanze da parto: necessario rivolgersi ai centri di eccellenza (terzo livello) per le gravidanze ad alto rischio e per le anomalie placentari a rischio emorragico
 - La depressione post parto fino al suicidio: grande attenzione ai sintomi di allarme, anche da parte dei familiari!
-
-