



Roma, 11 ottobre 2017 – Il riposo a letto ‘forzato’ è davvero utile per il buon esito di una gravidanza? Gli esami del sangue sono sempre indispensabili prima di prescrivere la contraccezione ormonale? L’ecografia pelvica e il Pap-test vanno ripetuti ogni anno? Sono solo alcune delle domande più frequenti che le donne si pongono e che riguardano da vicino la pratica clinica quotidiana del ginecologo.

Ma cosa è realmente giusto fare (e non fare), al di là delle consuetudini e nel rispetto delle linee guida supportate da evidenze scientifiche? Ce lo dicono le società scientifiche in un decalogo sulle “Buone pratiche in Ginecologia” presentato al Congresso Nazionale congiunto di SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani), in corso a Roma.

“La riflessione sulla buona pratica clinica coinvolge innanzitutto la Ginecologia, in quanto specialità con valenze sociali, etiche ed emotive, che interessa la donna, prima ancora che la paziente, in tutte le fasi della vita: dall’adolescenza all’età adulta, dalla maternità alla menopausa”, ha dichiarato Giovanni Scambia, Presidente SIGO.

“Il tema della tutela della salute femminile e della corretta assistenza alle donne, intesa come qualità e sicurezza della assistenza prenatale – ha aggiunto Elsa Viora, Presidente AOGOI – è di fondamentale importanza non soltanto nella gestione dei casi più complessi ma anche di quelli apparentemente a basso rischio che, se non affrontati nel modo giusto, potrebbero avere gravi conseguenze per le donne e, se parliamo di gravidanza, per i neonati”.

“La riflessione sulle buone pratiche in Ginecologia ci suggerisce come anche le innovazioni in campo tecnologico e farmacologico devono essere comprese e utilizzate affinché si traducano in un reale beneficio clinico per le donne. Inoltre, più garanzie per le pazienti significano anche maggiori tutele per i medici e gli operatori sanitari, e minori contenziosi in sanità”, ha concluso Nicola Colacurci, Presidente AGUI.



Prof. Giovanni Scambia

Ecco dunque il decalogo degli esperti:

**1. Il riposo al letto in caso di gravidanza complicata è sempre necessario. FALSO**

L'indicazione di restare a riposo totale è utile solo in rarissimi casi specifici, in cui i benefici per il buon esito della gravidanza superano gli effetti collaterali legati all'immobilità prolungata, tra cui il rischio trombo-embolico e la riduzione della massa muscolare. Non solo, il riposo forzato può condizionare psicologicamente la futura mamma che si vede costretta a rimanere a casa, e dare origine a forme di colpevolizzazione in caso di un eventuale aborto – sostiene la Presidente AOGOI.

**2. È tre il numero corretto di ecografie da fare in gravidanza. FALSO**

Le ecografie essenziali, anche secondo il disposto dei nuovi LEA, sono due – afferma la Presidente AOGOI: una nel primo trimestre e l'altra nel secondo, tra la 19a e la 21a settimana, atte a verificare la regolarità del battito cardiaco, la crescita e la posizione del feto. Eventuale ulteriore ecografia nel terzo trimestre, tra la 30a e la 32a settimana, va valutata dall'ostetrica/ginecologo caso per caso. Vale sempre la regola generale di non medicalizzare una gravidanza fisiologica, cioè senza fattori di rischio, prescrivendo esami ed accertamenti diagnostici superflui.



Prof.ssa Elsa Viora

### **3. I vaccini in gravidanza sono pericolosi. FALSO**

La Presidente AGOI ricorda che i vaccini in gravidanza non sono pericolosi, ad eccezione di quelli vivi attenuati. In ogni caso va valutato il rapporto costo/beneficio per la singola donna. Al contrario, è fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale che non ha sostanziali controindicazioni per il feto, mentre in caso di febbre molto alta per la futura mamma potrebbe rendersi necessario un travaglio prematuro, con possibili rischi per il neonato.

### **4. La diagnosi preimpianto è indicata per tutte le coppie fertili. FALSO**

La diagnosi preimpianto – precisa la Presidente AGOI – può essere effettuata soltanto alle coppie che ricorrono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, e in particolare a quelle ad alto rischio riproduttivo di patologie genetiche, in quanto è in grado di rilevare eventuali malattie ereditarie gravi, evitando così di dover ricorrere all'aborto. Per tutte le altre coppie, a basso rischio, non vi è indicazione ad eseguire la diagnosi preimpianto, tranne che debbano ricorrere a tecniche di fecondazione assistita e siano correttamente informate dei limiti di tale indagine.

### **5. L'ecografia pelvica e il Pap-test vanno eseguiti ogni anno. VERO**

Il Presidente SIGO ricorda che è consigliabile praticare ogni anno, insieme alla visita ginecologica, anche il Pap-test e l'ecografia pelvica. Ci sono però alcune eccezioni: anzitutto le donne che hanno effettuato la vaccinazione per il papilloma virus – che al contrario di quanto riportano alcune bufale che circolano soprattutto in Rete, è assolutamente sicura ed efficace – possono osservare intervalli più dilazionati, fino a tre anni, fra un controllo e l'altro; in secondo luogo, e tutto al contrario, le donne che presentano un rischio familiare di tumore ovarico o della mammella, finché sono giovani e mantengono quindi le ovaie, devono praticare l'ecografia pelvica ogni 4 mesi.

### **6. Esistono soltanto soluzioni ormonali per ridurre le vampate in menopausa. FALSO**

La menopausa è un evento fisiologico nella vita di ogni donna che si associa a sintomi fastidiosi e invalidanti come vampate, palpitazioni e aumentata sudorazione. Per alleviare questi disturbi, afferma il Presidente AGUI, oltre alla terapia ormonale sostitutiva, nei casi in cui i sintomi siano di lieve entità, è possibile ricorrere a trattamenti alternativi: è il caso dei fitoestrogeni, ovvero sostanze naturali – tra le più comuni quelle derivanti dalla soia – che, avendo una struttura simile a quella degli estrogeni prodotti dall'organismo femminile, aiutano a riequilibrare l'assetto ormonale della donna.

### **7. È possibile fare diagnosi precoce dei tumori dell'endometrio. VERO/FALSO**

Sebbene non ci siano ancora dati scientifici sufficienti, secondo il Presidente SIGO è ragionevole affermare che per alcuni tipi di tumori dell'endometrio, in particolare quelli ormono-dipendenti, siamo molto vicini all'obiettivo della diagnosi precoce, attraverso un impiego sistematico dell'ecografia transvaginale e della citologia endometriale. Per quanto riguarda invece altri tipi di tumori dell'endometrio, che sono in realtà meno frequenti e ricordano di più il tumore ovarico, siamo purtroppo ancora molto lontani dall'obiettivo della diagnosi precoce.

### **8. Gli esami del sangue sono sempre necessari prima di iniziare la contraccezione ormonale. FALSO**

Gli esami ematologici non sono considerati un requisito preliminare all'inizio della contraccezione ormonale nelle donne a basso rischio per le quali non sono ricercati anche benefici extra-contraccettivi. È indispensabile, sottolinea il Presidente AGUI, un'attenta anamnesi da parte del ginecologo che, sulla base

del profilo personale e della storia familiare della paziente, valuterà la necessità di prescrivere indagini specifiche, ad esempio per valutare il rischio coagulativo.

**9. L'incontinenza urinaria si può prevenire, oltre che curare. VERO**

Secondo il Presidente AGUI la prevenzione dell'incontinenza urinaria deve iniziare in età riproduttiva ed essere oggetto di particolare attenzione durante la gravidanza e il parto quando può verificarsi lo stiramento delle fibre nervose del collo dell'utero e della parete vaginale a seguito del passaggio del bambino nel canale del parto. La riabilitazione, nello specifico la ginnastica perineale, eseguita sia nell'immediato post parto, sia in menopausa per le donne sintomatiche, può consentire di conservare il giusto tono dei muscoli perineali e mantenerne la funzionalità. Raccomandiamo inoltre alle donne di non esporsi, nelle attività quotidiane, a forti aumenti della pressione addominale.

**10. La somministrazione di progesterone in gravidanza può ridurre il rischio di parto pretermine. VERO**

Ogni anno nel mondo nascono prematuri oltre 15 milioni di bambini, di questi, quasi un milione muore a seguito di questo evento che è anche causa di morbidità infantile e adulta, per le possibili complicanze neuro-psico-motorie. La somministrazione di progesterone alle donne che portano avanti una gravidanza singola e che abbiano già avuto un parto prematuro, sostiene la Presidente AOGOI, può ridurre il rischio di parto pretermine prima delle 34 settimane, di mortalità, perinatale, di peso alla nascita inferiore ai due chilogrammi e mezzo, di ricorso alla terapia intensiva neonatale. Per contro, il progesterone somministrato nelle gravidanze gemellari non riduce il rischio di parto pretermine.