

*La salute delle donne dopo l'aborto procurato:
L'evidenza medica e psicologica (Seconda edizione),*
Elizabeth Ring-Cassidy & Ian Gentles,
DeVeber Institute, 2003

**Capitolo 1 Ricerche sulle complicanze post-aborto:
Una panoramica**

L'aborto indotto è stato ampiamente impiegato e accettato nel Nord America fin dagli anni '70. Negli Stati Uniti il numero di aborti è cresciuto costantemente dal 1967 fino a raggiungere un picco di oltre 1,5 milioni nei primi anni '90. Da quel momento il numero è diminuito fino a circa 1,3 milioni all'anno. In Canada il tasso dell'aborto indotto è rimasto stabile a circa 120.000 all'anno nell'ultimo decennio. Nell'insieme, tutto questo significa che decine di milioni di donne nel Nord America hanno fatto ad oggi l'esperienza dell'aborto. Tuttavia, la registrazione degli effetti di questa diffusa pratica sulla salute delle donne viene trascurata o tende a limitarsi a complicanze di breve termine. Per contro, degli studi da altri Paesi rivelano molti dei problemi che le donne possono avere dopo un aborto, come *malattia infiammatoria pelvica (PID)*, *gravidanze ectopiche*, *endometriti*, ed altre infezioni. Sorge la domanda: i servizi abortivi sono più efficienti in Canada e negli Stati Uniti oppure la metodologia di ricerca del Nord America non rileva molte complicanze, contando solo su risultati a breve termine dopo l'intervento e una registrazione incompleta dei dati?

I rischi a lungo termine sulla salute delle donne dell'aborto indotto ripetuto e dell'aborto procurato tardivo non vengono affrontati nella letteratura della ricerca. Sono quindi necessari ulteriori studi sugli effetti a lungo termine dell'aborto, incluso un probabile legame con il

cancro al seno. Sembra chiaro che se le donne daranno un “consenso informato” all’aborto volontario, dovrebbero essere rese coscienti delle possibili conseguenze di questa procedura medica sulla loro salute presente e futura. E’ probabile che le donne non vengano informate di questi rischi nella maggior parte delle cliniche abortive nel Nord America.

Ricerche sulle complicanze post-aborto

Con circa 120.000 aborti indotti all’anno in Canada e 1,3 milioni negli Stati Uniti, la salute di un numero rilevante di donne è a rischio. Qual è l’impatto di questa procedura medica e delle numerose complicanze che possono prodursi?

Limitazioni nella letteratura disponibile

Deve essere riconosciuto al principio che ci sono gravi problemi a riguardo della validità di gran parte della ricerca sulle conseguenze fisiche dell’aborto sulle donne:

1. *Follow-up* di breve termine

Al primo posto, la registrazione delle conseguenze mediche tende a basarsi su conclusioni di brevissimo termine. Il *follow-up* di più lungo termine rivela problemi che non verrebbero scoperti immediatamente, come l’infertilità, e che potrebbero non emergere finché la donna non desidera portare a termine una gravidanza, forse per tutto un decennio dopo l’aborto.

In ogni modo, sia il Canada che gli Stati Uniti hanno visto un drammatico aumento del numero degli aborti che avvengono nelle cliniche in cui la cura post-IVG è minima. Per esempio, in studi come quello di Ferris e colleghi, che ha osservato le complicanze del post-aborto nelle cliniche abortive e negli ospedali canadesi, il 98,9

percento delle donne ha abortito chirurgicamente in day hospital, senza pernottamento nella struttura. (1) Il controllo delle pazienti post-intervento era limitato alle poche ore successive ad esso. Tuttavia è generalmente accettato il fatto che le complicanze di breve termine possano apparire anche molti giorni o settimane dopo la procedura abortiva.

2. Mancanza di una prassi *standard* riguardo la registrazione dei dati

Alla domanda “gli ospedali e le cliniche della Sua zona Le fanno sapere se una delle Sue pazienti ha avuto un aborto procurato?”. Fra i 179 interpellati, 107 hanno risposto di no, 48 sì e 24 non erano sicuri. *

* Questa e tutte le altre citazioni successive sono prese dal “*Sondaggio dei medici canadesi sulla salute delle donne dopo l’aborto procurato*” condotto nel 1997 dal Veber Institute.

Poiché non esiste nessuna politica riguardo la registrazione dei dati sull’aborto volontario in Canada e negli Stati Uniti, non è chiaro cosa succede precisamente quando le complicanze emergono molti giorni o settimane dopo. Nella maggior parte dei casi, risulta che la diagnosi e il trattamento dei problemi conseguenti all’aborto procurato vengono lasciati agli ospedali o ai medici di famiglia. Queste diagnosi e trattamenti possono essere non collegati mai, nelle statistiche, alla pratica abortiva originaria, e perciò compariranno raramente nella letteratura del Nord America come conseguenze di un aborto indotto.

Finché questa tendenza non verrà corretta, è meglio supporre che i dati provenienti dalle cliniche abortive per le pazienti operate in *day hospital* siano una linea base minima che ignora quasi sempre le complicanze che non hanno impedito alla paziente di lasciare la clinica. I dati o gli studi non possono essere interpretati come una panoramica precisa sulle conseguenze reali.

Poiché non c'è una prassi standard di registrazione dei dati, l'Istituto DeVeber ha fatto un sondaggio fra i medici di famiglia in tutto il Canada sulle conseguenze riportate nella loro pratica medica. Anche se i loro rapporti consistono in casi **i**ndicativi della realtà, essi sono tutto ciò che è disponibile al presente riguardo molti problemi di più lungo termine. Nei capitoli che seguono, mettiamo in risalto alcune delle difficoltà metodologiche. Speriamo che ciò contribuisca a sviluppare future ricerche su problematiche trascurate.

3. Possibile tendenza politica in una parte della letteratura medica

Poiché l'aborto è in modo particolare una questione politica nel Nord America, tutti i risultati delle ricerche devono essere interpretati con cura, tenendo conto del problema sopracitato – cioè che le cliniche del Nord America tipicamente non offrono alcuna cura successiva all'IVG e identificano solo complicanze a brevissimo termine. Gli autori di molti studi sono essi stessi degli abortisti che hanno un interesse legale a minimizzare i risultati negativi.

Un ulteriore divario molto rilevante è emerso tra ciò che i giornali nordamericani considerano degno di pubblicazione e ciò che pubblicano i giornali europei e dell'Oceania. Per esempio, Sykes, un ricercatore neozelandese del Christchurch Women's Hospital, che pubblica sul *New Zealand Journal of Medicine*, scrive che i suoi

risultati sono coerenti con le conclusioni europee e britanniche. (3) Ma Sykes poi paragona i suoi risultati con i risultati pubblicati dai giornali del Nord America e scrive che “Hakim–Elahi *et al.* riportano tassi molto bassi di complicanze dell’aborto e altri autori americani dicono che i tassi delle complicanze dovrebbero essere più bassi di quanto riportato dal Christchurch”. (4)

Per spiegare perché i suoi tassi di complicanze “dovrebbero essere” più bassi, Sykes riporta i dati della ricerca di Grimes e Cates, e Castadot. (5)

Questo divario solleva la questione da dove abbia origine la tendenza o la scienza falsa – in Nuova Zelanda o nel Nord America? Infatti, MacLean, un altro ricercatore medico della Nuova Zelanda, ha risposto alle conclusioni di Sykes suggerendo che il tasso di complicanze citato era una sottostima a causa di: (a) la riluttanza delle donne a sottoporsi al trattamento e (b) il fatto che molti casi gravi di complicanze vengono riammessi in altri ospedali. (6)

E’ certamente possibile che una reale differenza fra le donne del Nord America e le donne della Nuova Zelanda – forse sulla base della cultura, del cibo, della salute o della religione – influisca sui tassi di complicanze dell’aborto. Ma una tale differenza non è stata documentata.

Inoltre, ci sono spesso vistose incoerenze fra i veri risultati della ricerca e i riassunti e conclusioni di articoli. (Alcune di queste saranno identificate nelle pagine seguenti, ma guardate in particolare il Capitolo 17). Esistono in tutta la letteratura sulle conseguenze dell’aborto, tentativi di minimizzare i risultati negativi e di giustificare le conclusioni che non sono coerenti con l’opinione dominante. Un praticante di medicina o un consulente familiare a questo punto si chiede: dobbiamo accettare i risultati di chi? I

ricercatori come Sykes, che riportano un tasso più alto di complicanze, potrebbero essere pubblicati su un giornale del Nord America?

Nel capitolo 2, parleremo del caso del Dott. Joel Brind, che ha condotto una *meta-analisi* di tutti gli studi epidemiologici che hanno mostrato un rapporto positivo tra l'aborto e il cancro al seno.(7) I suoi risultati sono stati pubblicati sul *Journal of Epidemiology and Community Health*, un prestigioso giornale internazionale che non è certo conosciuto per posizioni politiche estreme sulla questione dell'aborto. I risultati della ricerca nordamericana di Brind sollevano serie domande su quanto la medicina nordamericana sia aperta ad autentiche brutte notizie sulle conseguenze dell'aborto.

I cambiamenti a partire dagli anni '70

Aborto ripetuto

Nell'ultimo decennio, la tendenza riguardo l'uso dell'aborto come metodo primario di regolazione della fertilità è cresciuta esponenzialmente. Per esempio, il tasso dell'aborto ripetuto è ora a più del 29 per cento in Canada. Fra le adolescenti il tasso dell'aborto ripetuto nel 1993 era *quattro volte il tasso dei primi aborti* (81 per mille contro il 19 per mille). (8) Dato che quasi una donna su tre che abortisce l'ha già fatto, dobbiamo considerare gli effetti che un ricorso abituale all'aborto avrà sulla salute fisica – e in definitiva anche psicologica – delle donne. Questo rapporto affronta la questione degli aborti ripetuti e cerca di sintetizzare e analizzare i dati della ricerca disponibili.

Aborto chimico

L'aborto indotto dai farmaci come alternativa all'intervento chirurgico è sempre più usato negli aborti del primo e secondo

trimestre (vedi capitolo 8). Visto che questo tipo di aborto è disponibile da meno di dieci anni, la ricerca tende ad essere sul breve termine e comparativa. L'obiettivo principale è di giustificare il suo uso contro l'approccio chirurgico. Ma, parlando in generale, le complicanze a lungo termine, come l'infertilità o le questioni psicologiche, non vengono affrontate nella letteratura.

Gli aborti tardivi

Wadhera e Millar dell'ufficio Statistics Canada notano che il vero numero riportato degli aborti del secondo trimestre diminuisce dai circa 10.000 nel 1974 ai circa 7.000 nel 1991. (9) Un rapporto dell'uff. Statistics Canada del 1995 indica che, per le donne di ogni età, le complicanze degli aborti tardivi sono superiori a quelle dell'aborto eseguito in una fase più precoce della gravidanza, ma nel gruppo delle donne meno giovani (30-39 anni) il tasso di complicanze è quasi al 22 per cento per l'aborto fra le diciassette e le 24 settimane di gestazione. Similmente, Koonin e i colleghi dei Centri per il Controllo delle Malattie (CDC) scrivono che la percentuale di aborti che avvengono dopo la tredicesima settimana di gravidanza era al dodici per cento nel 1991 e al tredici per cento nel 1992. (10) Il crescente uso di test genetici per una crescente varietà di condizioni o caratteristiche condurrà senza dubbio a molti più aborti nel secondo trimestre.

Malattia infiammatoria pelvica (PID)

Un'ulteriore preoccupazione è la crescente incidenza della malattia infiammatoria pelvica (PID) provocata dall'aborto indotto. Un episodio di PID può portare *all'infertilità secondaria* o all'aumento del rischio in una donna di future gravidanze ectopiche. I ricercatori britannici e scandinavi hanno concluso che le donne che hanno avuto una *malattia sessualmente trasmessa* non curata (STD) al tempo del loro aborto, hanno un rischio totale che va dal 63 al 72

percento di sviluppare un'infezione pelvica precoce o tardiva osservando i pazienti per due anni dopo l'aborto. (11)

Complicanze dell'aborto - Statistiche generali

Il crescente numero di donne che abortiscono, in modo particolare quelle che abortiscono per la seconda volta, cambia i numeri delle complicanze in modo considerevole. In Canada, il numero di aborti conosciuti eseguiti nel 1969, il primo anno in cui l'aborto è stato parzialmente depenalizzato, era di circa 8.000. Nel 1994, il numero era aumentato a più di 100.000. Questo è un aumento del 1.200 per cento, mentre la popolazione totale del Canada in questo periodo è cresciuta solo di circa il dieci per cento. C'è stato un netto incremento del numero delle donne in età fertile, ma questo aumento non spiegherebbe il massiccio aumento dell'aborto.

Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Regno Unito ha stabilito di recente che il tasso di complicanze fisiche immediate dell'aborto procurato è almeno all'undici per cento. (12) Nel 1969 questo tasso di complicanze ha influito solo su 400 donne canadesi. Ma negli anni '90 e 2000, significherebbe che attualmente più di 13.000 donne canadesi soffrono ogni anno di un problema medico legato all'aborto.

In quel 30 per cento che fa un aborto ripetuto, il rischio delle complicanze è nettamente più alto. L'aumento nelle cliniche abortive non ospedaliere (il 26 per cento solo dal 1989 al 1998) può solo aver ingrandito il problema, visto che le cliniche abortive non sono ben preparate per far fronte alle complicanze.

Nei 32 anni in cui l'aborto indotto è stato legalizzato in Canada, allora, circa 300.000 donne canadesi possono aver richiesto servizi medici dovuti alle complicanze dopo l'aborto. Negli Stati Uniti, l'attuale tasso di 1,3 milioni di aborti all'anno significa che più di 140.000 donne all'anno hanno immediate complicanze mediche

che dipendono dall'aborto volontario. Alcune di queste complicanze hanno gravi conseguenze sulla salute delle donne e dei loro futuri bambini.

Differenti tassi di complicanze sono stati riportati in diversi Paesi. Per esempio, Sykes ha studiato 2.879 casi di aborto eseguiti al Christchurch Women's Hospital della Nuova Zelanda e ha rilevato un tasso di riammissione per complicanze del 5,8 per cento, incluse due pazienti che si sono presentate in condizioni di immediata minaccia per la loro vita: un'*emorragia* uterina dovuta alla perforazione e a una grave sepsi.

Le conclusioni di Sykes forniscono una cornice non politica in cui valutare i tassi di complicanze. Se due delle 2.879 pazienti per l'aborto nel Nord America hanno complicanze che mettono a rischio la vita, allora, di oltre 1,5 milioni di donne che abortiscono ogni anno, 1042 soffrirebbero di tali complicanze.

Sykes riporta anche 167 riammissioni per varie complicanze. Di queste, meno dell'uno per cento erano complicanze immediate come perforazioni, emorragie, endometriti, e ritenzione di tessuti fetali o placentari, mentre l'84 per cento ha richiesto una seconda *dilatazione e raschiamento (D&C)*.

Il quaranta per cento delle ammissioni sono avvenute nella prima settimana ma alcune pazienti si sono presentate più di sei settimane più tardi, secondo il rapporto di Sykes. Sebbene Sykes avesse registrato tutte le ammissioni per le complicanze, ha riconosciuto che il vero tasso di complicanze può essere molto più alto dei dati mostrati, perché alcune complicanze potrebbero essere presentate a ospedali diversi dal Christchurch, mentre altre pazienti potrebbero non essere seguite a lungo termine essendo state curate privatamente. Una statistica che sta a dimostrare questa

conclusione è che le donne che vivevano fuori dalla regione costituiscono il nove per cento degli aborti, ma solo il sei per cento delle complicanze. E' improbabile che le donne che vivevano fuori dalla città di Christchurch abbiano avuto un minore tasso di complicanze. E' più probabile che queste donne abbiano cercato una cura nelle loro comunità d'origine.

In un breve studio britannico sulla *morbosità post-aborto*, Duthie e i suoi colleghi hanno rilevato un tasso di patologia del dodici per cento dovuto alle complicanze, incluse la ritenzione di tessuto, la malattia infiammatoria pelvica (PID), e infezioni. Il settantuno per cento di quelle che sono affette dall'infiammazione pelvica si sono rivelate positive al test per la *chlamydia trachomatis*, mentre solo l'otto per cento di donne positive alla clamidia ha avuto "ricoveri senza avvenimenti degni di nota". Le donne che mostrano queste conseguenze sono descritte da Duthie come "clinicamente malate". Come Sykes, Duthie ha anche rilevato che un numero di pazienti (il dieci per cento) non sono ritornate per essere seguite a lungo termine. Mentre Sykes conclude che tali donne sperimenterebbero anche complicanze ma cercano una cura altrove, il gruppo di Duthie afferma che "supponiamo che siano rimaste asintomatiche". Non vengono fornite ragioni per questa supposizione. (13)

Gli studi di Sykes e Duthie sono confermati in una recente pubblicazione del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Regno Unito, che riconosce un tasso di complicanze fisiche immediate di più dell'undici per cento. Questa percentuale non tiene conto di complicanze a lungo termine come l'infertilità e il cancro al seno e all'apparato riproduttivo.

Molto recentemente, un importante studio americano delle risposte psicologiche delle donne dopo l'aborto ha scoperto inoltre che il

diciassette percento di queste donne hanno testimoniato complicanze fisiche come emorragia o infezione pelvica dopo l'aborto nel primo trimestre. (14)

Se paragonate ai tassi di complicanze riportati in altre nazioni occidentali che dispongono di sistemi medici avanzati, le statistiche nordamericane sono sorprendentemente più basse. Ciò è causato dal fatto che i servizi abortivi in Canada e Stati Uniti sono più sicuri ed efficienti? O perché la metodologia di ricerca nordamericana non riporta molte complicanze dovute all'essere seguite solo a breve termine, a una registrazione incompleta dei dati e all'interpretazione politicizzata delle statistiche?

Il più recente studio americano, di Major e i suoi colleghi, mostra che *quando alle donne stesse viene chiesto se abbiano sofferto complicanze fisiche, almeno una su sei (il diciassette percento) dice di sì.*

Panoramica di questo studio

E' probabile che nel Nord America le complicanze dell'aborto procurato vengano riportate in modo sottostimato. Questo rapporto esamina le conclusioni disponibili e prova a mappare le zone e il grado di rischio.

Il rapporto osserva anche gli effetti di lungo termine dell'aborto indotto. La ricerca epidemiologica, particolarmente sul cancro e l'infertilità, ha scoperto molte conseguenze di lungo termine dell'aborto indotto. Ci concentreremo soprattutto su tre aree: cancro al seno e al sistema riproduttivo, fertilità futura e le difficoltà con le future gravidanze. Toccheremo l'argomento dell'aborto ripetuto, il dolore durante la procedura e la mortalità materna nell'aborto procurato. Infine, nel capitolo 17, forniamo un

rapporto sulle limitazioni della metodologia impiegata in questo campo.

Riassumendo, crediamo che le donne non vengano rese coscienti dei rischi statisticamente più significativi dell'aborto indotto. Sebbene possa essere difficile comunicare a una persona angosciata che una certa linea di condotta possa portare a un'angoscia diversa alcuni anni dopo, ogni persona che crede nel diritto di una donna al "consenso informato" deve convenire che l'informazione accurata dovrebbe esserle resa disponibile quando è sul punto di prendere una decisione rilevante e irreversibile nella sua vita.

Punti chiave Capitolo 1

- Esistono limitazioni nella letteratura scientifica disponibile sulle conseguenze fisiche dell'aborto.
- Non ci sono prassi standard riguardo la registrazione dei dati sulle complicanze dopo l'aborto in Canada, negli Stati Uniti, o da parte dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e le complicanze riportate riguardano solo il breve termine.
- La questione dell'aborto nel Nord America è molto politicizzata, il che può spiegare perché le conseguenze negative riportate sono significativamente in minor numero rispetto ai rapporti medici di altre nazioni.
- Dagli anni '70, c'è stato un incisivo incremento nel Nord America del numero degli aborti e degli aborti ripetuti, e ciò può spiegare il rilevante aumento della malattia infiammatoria pelvica (PID), emorragia uterina, sepsi, dolori dovuti a infiammazione

dell'endometrio, ritenzione di tessuti fetali e placentari, e la crescente evidenza del legame fra l'aborto e il cancro al seno.

- Cosa spiega il rapporto molto più basso delle conseguenze negative dopo l'aborto nel Nord America? I suoi servizi abortivi sono più efficienti, o non riportano le complicanze poiché si basano sul *follow-up* di breve termine e sulla registrazione incompleta dei dati?
- Questo studio esaminerà gli effetti di lungo termine dell'aborto sulla salute delle donne e l'importanza del "consenso informato" per le donne che considerano l'aborto.

Note

1 Ferris LE, McMain-Klein M, Colodny N, Fellows GF, Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. *Canadian Medical Association Journal* 1996 June 1;154(11):1677-85.

2 Osser S, Persson K. Postabortal pelvic infection associated with *Chlamydia trachomatis* and the influence of humoral immunity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1984 November 15;150(6):699-703.

3 Sykes P. Complications of termination of pregnancy: a retrospective study of admissions to Christchurch Women's Hospital 1989 and 1990. *New Zealand Medical Journal* 1993 March 10;106(951):83-5.

4 Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion; a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 1990 July;76(1):129-35.

5 Grimes DA, Cates W Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1979 Mar;34(3):177-91.

Castadot RG. Pregnancy termination: techniques, risks, and complications and their management. *Fertility and Sterility* 1986 January;45(1): 5-17.

6 MacLean N. Complications of legal abortion [Letter]. *New Zealand Medical Journal* 1993 May 12;106(955):186.

7 Brind J. Abortion, breast cancer, and ideology. ed. Koterski JW. *Life and Learning VII*. University Faculty for Life; 1997 June; Loyola College, Baltimore, Maryland:139-44.

8 Millar WJ, Wadhera S, Henshaw SK. Repeat abortions in Canada, 1975-1993. *Family Planning Perspectives* 1997 January-February;29(1):20-4.

9 Wadhera S, Millar WJ. Second trimester abortions: trends and medical complications. *Health Reports* 1994;6(4):441-54.

10 Koonin LM, Smith JC, Ramick M, Green CA. Abortion surveillance-United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Centers for Disease Control, Surveillance Summaries* 1996 May 3;45(3):1-36.

11 Blackwell AL, Thomas PD, Wareham K, Emery SJ. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *The Lancet* 1993 July 24;342(8865):206–10.
Sorensen J, Thranov I, Hoff G, Dirach J. Early- and late-onset pelvic inflammatory disease among women with cervical chlamydia trachomatis infection at the time of induced abortion – a follow-up study. *Infection* 1994;22(4):242–6.

Women's Health after Abortion: The Medical and Psychological Evidence
16

12 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK). The care of women requesting induced abortion: 4. Information for women.2000. www.rcog.org.uk/guidelines/induced_abortion.html.

13 Duthie SJ, Hobson D, Tait IA, Pratt B, Lowe N, Sequeira P, et al. Morbidity after termination of pregnancy in first trimester. *Genitourinary Medicine* 1987;63:183–7.

14 Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry* 2000 August 57(8):777–84, p. 780.