

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

## **Capitolo 4            L'impatto sulle gravidanze successive**

L'aborto indotto procura alle donne future complicazioni riproduttive. Tali complicazioni includono: danni al collo dell'utero con conseguenti complicazioni future nel portare a termine una gravidanza, danni uterini con conseguente placenta previa che aumenta i rischi di morbidità e di mortalità sia per la madre sia per il neonato, e gravidanze ectopiche. Vi sono dati che indicano un netto aumento dell'incidenza di tali complicazioni negli ultimi vent'anni. Degli studi rivelano come l'aborto indotto possa aumentare di sette volte i rischi di placenta previa nelle donne, mentre i rischi di un parto prematuro aumenta tra il 30 e il 510 per cento.

I bambini prematuri corrono un grande rischio di contrarre la paralisi cerebrale. Le gravidanze ectopiche stanno raggiungendo proporzioni epidemiche, e aumentano con un ritmo doppio o triplo in alcune parti del mondo rispetto all'aumento degli aborti indotti. Ciò nonostante, i ricercatori nordamericani continuano a minimizzare l'impatto dell'aborto indotto sulla salute delle donne e i suoi effetti sulle gravidanze future, nonostante i loro dati statistici contraddicano le loro conclusioni.

### **L'impatto sulle gravidanze successive**

L'aborto indotto complica le gravidanze successive aumentando i rischi di incompetenza cervicale che causa aborti spontanei in stadio avanzato (aborti dalle 18 alle 22 settimane di gravidanza), placenta previa, travaglio e nascita prematuri, nonché gravidanze ectopiche.

Alcuni aspetti trattati nel presente capitolo, come la gravidanza ectopica, hanno anch'essi delle conseguenze sulla fertilità futura. In questo capitolo vengono

discussi gli effetti primari dell'aborto indotto che si manifestano in gravidanze successive, mentre le patologie che causano infertilità o sterilità verranno discusse nel Capitolo 5.

### **I danni all'utero o alla cervice dell'utero e le gravidanze successive**

Un punto condiviso dai ricercatori che lavorano nel campo della ricerca post-abortiva è che il danno cervicale o uterino causato dall'aborto indotto conduce a gravi e continue complicazioni che hanno un effetto sulle gravidanze successive.

#### **Dilatazione cervicale**

Nel corso di una normale gravidanza, la cervice deve resistere alla tendenza a dilatarsi sotto la pressione verso il basso del bambino nell'utero. La diminuzione della resistenza cervicale porta alla dilatazione prematura della cervice, che a sua volta consegue in un aborto spontaneo al secondo trimestre avanzato per incompetenza cervicale. Il problema della diminuzione nella resistenza della cervice dopo un aborto indotto nel primo trimestre è stato studiato da Molin. La sua ricerca indica che la resistenza cervicale è correlata con l'abilità di portare a termine le gravidanze successive, e "una diminuzione nella resistenza alla dilatazione corrisponde ad uno strappo di più di due millimetri nel tessuto cervicale".<sup>1</sup> Egli dimostra che se la cervice si dilata di nove millimetri durante un aborto indotto, prima dell'evacuazione del feto, ciò può portare ad una diminuzione della resistenza cervicale nel 12,5 per cento delle pazienti, mentre una dilatazione di undici millimetri porta ad una riduzione della resistenza cervicale nel 66,7 per cento delle donne. Tali risultati non mutano se la donna ha avuto o meno un bambino.

In modo da ridurre tali problemi, Molin suggerisce l'utilizzo di prostaglandine e di tende laminaria per tutti gli aborti indotti. In molti ospedali pubblici e universitari, tali precauzioni fanno parte della preparazione standard per l'aborto, ma le procedure adottate nelle strutture private possono variare notevolmente.

I danni alla cervice possono causare futuri aborti spontanei. Zlatnik et al. hanno trovato che l'incompetenza cervicale è associata ad un largo canale cervicale.<sup>2</sup>

Slater et al. hanno registrato una diminuzione nel peso alla nascita nelle gravidanze successive quando la dilatazione della cervice in un precedente aborto provocato era superiore ai 12 mm. Hanno anche trovato che le gravidanze successive duravano di meno nonostante la differenza non fosse statisticamente rilevante.<sup>3</sup>

Nonostante il metodo di dilatazione e raschiamento (D&C) descritto da Slater et al. non sia più in uso, la dilatazione rimane parte delle procedure di dilatazione ed evacuazione (D&E) utilizzate oggi. Inoltre, le donne che hanno abortito col metodo D&C potrebbero subire gli effetti di lungo termine dell'aborto fino a quando rimarranno in età fertile. Pertanto, una ragazza che ha abortito nel 1985 all'età di diciassette anni oggi (*NB: nel 2003*) avrà circa 35 anni. Siccome è normale pianificare la prima gravidanza desiderata intorno a questa età, gli eventuali postumi di un precedente aborto volontario possono non manifestarsi fino a molti anni dopo, il che crea un grande vuoto nei dati statistici.

### **La perforazione uterina**

Uno studio americano più recente ha trovato che "*le perforazioni uterine più traumatiche durante gli aborti del primo trimestre non vengono registrate e nemmeno sospettate*" [enfasi aggiunta]. Alcuni dati degli anni Settanta rivelarono che si verificavano degli strappi alle pareti dell'utero 6,4 volte in ogni 1000 aborti. Tuttavia, si ritiene che tali dati fossero inferiori a quelli reali in quanto tali lesioni vengono diagnosticate soltanto in interventi ginecologici successivi. Infatti, gli studiosi adesso sostengono che "la vera incidenza di perforazioni uterine nel gruppo laparoscopico era... di 19,8/1000 interventi."<sup>4</sup> Nonostante le conseguenze gravi che si verificano siano poche, le donne ad alto rischio per tali lesioni sono coloro che hanno avuto parti precedenti, che abortiscono in anestesia totale e che hanno superato i 35 anni d'età.

Un altro rapporto recente raccomanda attenzione alla morbidità materna dopo gli aborti D&E nel secondo trimestre. Alcuni professionisti americani osservano che "le dilatazioni ed evacuazioni tra le dodici e le sedici settimane... possono

causare una morbidità significativa e perfino la morte." I ricercatori hanno concluso che, a causa delle possibili complicazioni uterine, tali procedure devono essere utilizzate soltanto quando un trattamento intensivo può essere iniziato immediatamente.<sup>5</sup>

## **Placenta Previa**

La placenta previa (quando la placenta si impianta nella parte bassa dell'utero, vicino o al di sopra della cervice) può essere diagnosticata se la placenta si trova nel segmento uterino inferiore e si estende all'orifizio cervicale, oppure copre la cervice. Il motivo di ciò è stato identificato da Barrett et al.<sup>6</sup> e Rose e Chapman che hanno scoperto un legame tra le lesioni uterine e il raschiamento.<sup>7</sup> Laddove si manifestano lesioni dell'utero superiore, le gravidanze future non potranno impiantarsi adeguatamente, perciò il nuovo embrione si attaccherà alla parte bassa dell'utero vicino o sopra la cervice. Tale fenomeno è conosciuto come 'difetto di placentazione'. La condizione costituisce una complicazione in cinque parti su mille ogni anno in Canada e negli Stati Uniti, e può provocare seri danni alla madre e la morte al bambino durante il parto, causati da una forte *emorragia* prima o durante il parto e da una forte *ipotensione neonatale*.

Taylor et al. hanno condotto uno studio retrospettivo e comparativo su casi controllati di tutte le donne bianche nello stato di Washington dal 1984 al 1987, le cui gravidanze ebbero complicazioni da placenta previa. Hanno utilizzato i dati sulle nascite di questo gruppo, così come i dati sugli aborti spontanei e su quelli indotti. Dai dati è emerso che le donne che si erano sottoposte ad un aborto indotto avevano il 28 per cento di possibilità in più di avere complicazioni da placenta previa in una gravidanza successiva. Gli studiosi hanno considerato questo rischio come "minore", sminuendo i risultati ottenuti da Barrett et al., che nel loro studio del 1981 avevano registrato un rischio maggiore da sette a quindici volte (cioè dal 600 al 1400 per cento) tra le donne che avevano abortito legalmente. Hanno infatti sostenuto che lo studio di Barrett non aveva preso in considerazione l'aumento nel numero di parti cesarei che si verificò nello stesso periodo.

Lo studio di Taylor ha escluso 250 donne nullipare con placenta previa. Pertanto, l'analisi era ristretta alle donne con alle spalle uno o più parti di

neonati vivi. I 250 casi di placenta previa esclusi dallo studio avrebbero aumentato il campione del 50 per cento. Nella sua analisi, Taylor non ha considerato il possibile effetto dell'inclusione delle donne che avevano subito degli aborti ma che non avevano mai partorito neonati vivi.

Taylor arriva alla conclusione che se si dimostrasse che l'aborto indotto aumenta la placenta previa "... ciò sarebbe di notevole importanza. Tuttavia, noi abbiamo trovato solamente un lieve rischio maggiore associato all'aborto indotto, perciò il suo significato in termini clinici e di salute pubblica sembra di scarso rilievo."<sup>8</sup> Le conclusioni di Taylor forniscono un utile esempio di un fatto notato altrove in questo studio: le conclusioni delle ricerche sulle conseguenze dell'aborto spesso minimizzano il significato dei dati raccolti (vedi il Capitolo 17 sui problemi metodologici). Altri potrebbero sollevare dubbi sull'accantonamento di un rischio maggiore del 28 per cento, così come sull'indifferenza verso l'identificazione di un rischio superiore di *sette volte* individuato da Barrett et al. Inoltre, lo studio di Taylor è stato fatto su meno di 2000 donne, mentre Barrett et al. Avevano esaminato più di 5000 casi.

## **Parti prematuri o pretermine**

### **La prematurità**

Una conseguenza diretta sia dell'incompetenza cervicale sia dell'infezione è il parto prematuro o il parto pretermine (ovvero il parto dopo una gestazione di meno di 37 settimane). La prematurità è la causa principale della morte infantile prima del compimento del primo anno di età. I bimbi prematuri che sopravvivono hanno un rischio maggiore di disabilità fisiche e mentali. In effetti, il parto pretermine è "la causa principale della morbidità e della mortalità infantile."<sup>9</sup> Scrivendo nella *Eugenics Review* sull'esperienza dell'aborto legale nell'Europa dell'est, Malcolm Potts sostiene che vi sono "pochi dubbi che esista un rapporto effettivo tra l'alta incidenza dell'aborto terapeutico e la prematurità".<sup>10</sup> Pertanto, la prematurità costituisce una conseguenza molto seria dell'aborto indotto.

Qual è l'entità del rischio? Quarantanove studi condotti tra il 1963 e il 2001 in dieci paesi (Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania, Giappone, Francia, Australia,

Danimarca, Ungheria, Grecia e Singapore) indicano un aumento statisticamente rilevante del rischio di parti pretermine dopo un aborto.<sup>11</sup> Il libro fondamentale sull'argomento è *Every Pregnant Woman's Guide to Preventing Premature Birth* di Barbara Luke, nel quale l'autrice scrive "se hai subito uno o più aborti indotti, il tuo rischio di un parto prematuro aumenta del 30 per cento circa."

Lo studioso più autorevole sulla prematurità è il Dottor Emile Papiernik. In uno studio recente, egli e i suoi colleghi hanno trovato che:

1. Vi è un rischio maggiore dell'86 per cento di parto pretermine (meno di 33 settimane di gestazione) per le donne che hanno subito aborti nel primo trimestre.
2. Vi è un incremento di rischio del 267 per cento di parto molto pretermine per le donne che hanno subito aborti nel secondo trimestre.<sup>13</sup>

Nello stesso anno (1999), Zhou et al. hanno studiato in Danimarca 15.727 donne le cui gravidanze erano state interrotte da aborti nel primo trimestre, confrontandole con 46.026 donne le cui gravidanze non erano state interrotte da aborti indotti. Hanno scoperto l'aumento dei seguenti rischi di parto pretermine:

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| 1. dopo un aborto:        | 89 per cento  |
| 2. dopo due aborti:       | 166 per cento |
| 3. dopo tre aborti o più: | 103 per cento |

La loro conclusione è che "lo studio ha mostrato un aumento nelle gravidanze pretermine e post-termine dopo un aborto indotto."<sup>14</sup>

Un ampio studio tedesco su 106.345 nascite ha mostrato che i precedenti aborti indotti aumentano la possibilità di successivi parti pretermine con percentuali che aumentano notevolmente a seconda del numero di aborti subiti in precedenza.

**Rischio maggiore per numero di aborti<sup>15</sup>**

Numero di aborti indotti	1	2	3
Parto dopo meno di 32 settimane (%)	150	460	510
Parto dopo meno di 37 settimane (%)	50	110	260

Infine, uno studio francese su 12.432 donne ha scoperto che l'aumento complessivo del rischio di parto pretermine associato ad aborti indotti precedenti è del 40 per cento.<sup>16</sup>

Gli studi di Papiernick, Zhou, Martius e Henriet sono solo gli studi più recenti dai 49 compiuti in tutto il mondo e che hanno trovato vari livelli di rischio di prematurità dopo l'aborto. Tutti i risultati di questi studi sono statisticamente rilevanti. Come prevedibile, essi dimostrano che più aborti si subiscono più grande diventa il rischio. Meno prevedibile era la scoperta che il legame tra l'aborto e la prematurità è più forte nei parti estremamente prematuri, al di sotto delle 32 settimane di gestazione.

Per quale motivo l'aborto aumenta le probabilità di parti prematuri? Secondo la Dottoressa Luke:

Le procedure per l'aborto nel primo trimestre comprendono la lieve dilatazione della cervice e l'aspirazione del contenuto dell'utero... Le procedure per l'aborto nel secondo trimestre sono più invasive, e includono una maggiore dilatazione della cervice per periodi di tempo più lunghi e il raschiamento dell'interno dell'utero. Le donne che hanno subito diversi aborti nel secondo trimestre possono avere una maggiore incidenza di cervice incompetente, cioè una prematura e spontanea dilatazione della cervice, in quanto quest'ultima è stata più volte dilatata artificialmente in precedenza, prima dell'attuale gravidanza.<sup>17</sup>

Una seconda causa importante della prematurità, indicata dagli esperti nel settore sono le infezioni. Janet Daling et al. rilevano che se la gravidanza precedente era stata interrotta da un aborto indotto, il rischio di infezione intra-amniotica aumenta del 140 per cento.<sup>18</sup> Come spiega Judith Lumley: "Un possibile meccanismo può essere che la strumentazione cervicale facilita il passaggio di organismi nella parte superiore dell'utero, aumentando così la probabilità di infezione inapparente e un conseguente parto pretermine."<sup>19</sup>

In sintesi, maggiore è il numero di aborti indotti subiti, più alto è il rischio di prematurità come conseguenza di incompetenza cervicale o di infezioni.

### **La paralisi cerebrale e altre disabilità risultanti dalla prematurità**

Le implicazioni di tali scoperte sono enormi. In un'ampia rassegna di 111 studi sulla prematurità condotti da Gabriel Escobar del Kaiser Permanent Medical Center in California, è stato stabilito che *il tasso di disabilità tra i neonati con un peso alla nascita molto basso (inferiore ai 1.500 grammi) è del 25 per cento. Il tasso di paralisi cerebrale è del 7,7 per cento.* Dato che il tasso di paralisi cerebrale è di circa lo 0,2 per cento (o di due ogni mille) nella popolazione generale, ciò significa che *la prematurità con un peso meno di 1.500 grammi alla nascita moltiplica di ben 38 volte i rischi che il neonato contragga tale seria patologia.*<sup>20</sup>

Sono necessarie delle ricerche ulteriori sul rapporto statistico tra l'aumento dell'aborto indotto e l'incidenza crescente di paralisi cerebrale. Tuttavia, non vi sono dubbi sul fatto che più aborti indotti portano successivamente a più parti pretermine, e che questi a loro volta aumentano notevolmente l'incidenza di paralisi cerebrale. Non sorprende pertanto che da quando l'aborto è stato legalizzato verso la fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta, l'incidenza di parti prematuri è aumentata. Tra il 1981 e il 2001, il tasso di parti prematuri è salito dal 9,4 all'11,9 per cento – un aumento netto del 27 per cento in due decenni.<sup>21</sup>

Il chiaro rapporto tra l'aborto indotto, il parto pretermine e la paralisi cerebrale ha delle implicazioni sul consenso informato delle donne che si sottopongono all'aborto. Si è già rilevato come i costi per la responsabilità legale della paralisi cerebrale siano straordinariamente elevati. Di conseguenza, l'aborto indotto "può comportare responsabilità legali insopportabili" a meno che non sia accompagnato da un consenso informato molto dettagliato. Un modulo di consenso che "non fornisca informazioni sugli elevati rischi futuri di un parto pretermine, e sul fatto che quest'ultimo costituisce un fattore di rischio per complicazioni devastanti come la paralisi cerebrale, potrebbe non bastare ad un giudice di tribunale."<sup>22</sup>

Almeno tre governi europei hanno reagito al rischio molto elevato di parti prematuri e alle altre minacce alla salute delle donne procurate dall'aborto indotto, riducendo drasticamente la possibilità di ricorrere a tale procedura. Nei primi anni Settanta, il governo ungherese – allarmato dal forte aumento dei parti prematuri tra le donne che si erano precedentemente sottoposte all'aborto indotto, così come dall'aumento considerevole delle nascite di bambini con disabilità fisiche e mentali da tali madri – decise di riscrivere la legge sull'aborto. La restrizione dell'accesso alla procedura provocò una riduzione degli aborti del 40 per cento tra il 1973 e il 1974. Tale riduzione divenne permanente, tanto che il numero degli aborti in Ungheria nel 2000 rimase inferiore al numero di aborti registrato nel 1974.<sup>23</sup>

La Polonia è il secondo paese che ha ridotto l'accesso all'aborto, rendendolo disponibile solo in caso di stupro, di pericolo per la vita della madre o di patologie gravi. Da quando è stata promulgata la nuova legge del 1993, l'incidenza dell'aborto indotto ha registrato una riduzione da circa 60.000 nel 1990 a meno di mille all'anno.<sup>24</sup>

Infine, nell'estate del 2003, mentre usciva questo libro, abbiamo saputo che il governo della Russia ha introdotto un'ampia legislazione per imporre criteri molto severi per l'accesso autorizzato delle donne all'aborto indotto. L'impatto dell'aborto sulla salute delle donne e dei loro figli futuri ha spinto il governo a introdurre questa legge.<sup>25</sup>

## **La gravidanza ectopica**

Una gravidanza ectopica accade quando l'embrione si impianta all'esterno della cavità uterina, generalmente nelle tube di Falloppio. Dal dieci al quindici per cento dei decessi delle madri è dovuto alla rottura di una gravidanza ectopica. Le gravidanze ectopiche sono aumentate notevolmente negli ultimi anni. Goldner ha utilizzato i resoconti degli United States Centers for Disease Control Surveillance per stabilire che tra il 1970 e il 1989 "il tasso di gravidanze ectopiche è quasi aumentato di quattro volte, da 4,5 a 16 gravidanze ectopiche per ogni 1000 gravidanze registrate."<sup>26</sup>

Vi sono due questioni separate inerenti al rapporto tra l'aborto indotto e le gravidanze ectopiche:

- 1) Il rischio maggiore di una gravidanza ectopica dopo un aborto indotto;
- 2) Il maggiore rischio alla salute derivante da un aborto compiuto per una gravidanza ectopica non diagnosticata.

### **Le gravidanze successive all'aborto indotto**

Esiste un rapporto documentato tra l'aborto indotto e la successiva occorrenza di una gravidanza ectopica. Michalas et al. hanno notato "un'epidemia mondiale di gravidanze ectopiche," e hanno scoperto che "esiste un rapporto tra l'aborto indotto e la gravidanza ectopica."<sup>27</sup>

Un solo aborto indotto aumenta il rischio per la donna di avere una gravidanza ectopica nel futuro. Tale rischio è doppio rispetto a quello corso dalle donne che non si sono sottoposte all'aborto indotto. Gli studiosi hanno fatto riferimento ad un ristretto studio fatto a Boston che aveva registrato un aumentato rischio di gravidanza ectopica di 2,6 volte dopo due o più aborti indotti. In uno studio retrospettivo, Levin ha trovato che "permane il possibile collegamento tra l'aborto indotto e la gravidanza ectopica successiva."<sup>28</sup> Inoltre, degli studi jugoslavi e giapponesi hanno registrato che i rischi sono almeno doppi rispetto a quelli nelle donne che non hanno mai subito un aborto indotto. In Italia, Parazzini et al. hanno trovato che il rischio di gravidanza ectopica dopo l'aborto indotto continua a crescere in rapporto al numero di aborti indotti subiti dalla donna.<sup>29</sup> Hanno stabilito che il rischio di gravidanza ectopica nelle donne che hanno subito aborti multipli è maggiore di tredici volte rispetto a quello delle donne che hanno portato a termine la gravidanza. Messi insieme, questi cinque studi dimostrano tutti che l'aborto indotto produce un incremento del rischio di gravidanze ectopiche successive tra due e tredici volte.

Per quale motivo l'aborto indotto porta a gravidanze ectopiche? Chung et al. hanno mostrato "un legame molto significativo" tra sia i prodotti del concepimento ritenuti nell'utero sia l'infezione pelvica successiva all'aborto indotto con il successivo verificarsi di gravidanze ectopiche. Essi concludono

che le due complicazioni mediche prodotte dall'aborto aumentano il tasso di gravidanze ectopiche di cinque volte.<sup>30</sup> La causa più comune delle gravidanze ectopiche è l'infezione pelvica.<sup>31</sup> L'aborto indotto aumenta l'incidenza delle infezioni pelviche che producono lesioni all'interno delle tube di Falloppio. Il tessuto cicatrizzato interferisce con la motilità o con la flessibilità delle tube. Di conseguenza, l'uovo fertilizzato viene intrappolato e si impianta nella tuba. La presenza di un'infezione pelvica post-abortiva predice una maggiore possibilità di una futura gravidanza ectopica.

### **La gravidanza ectopica non diagnosticata al momento dell'aborto indotto**

Identificare una gravidanza ectopica può essere difficile e costoso.<sup>32</sup> Generalmente, una gravidanza ectopica in una donna viene individuata da sei a otto settimane dopo l'ultima mestruazione durante le quali si verificano dolori addominali e sanguinamento vaginale. Il venti per cento delle donne con gravidanze ectopiche non avverte dolori addominali.<sup>33</sup> Pertanto, una donna che ignora di avere una gravidanza ectopica può sottoporsi ad un aborto volontario senza essere a conoscenza dei rischi. Dando per scontato di non essere più incinta, la donna può credere che il dolore e le perdite ematiche siano dei normali effetti collaterali dell'aborto. Ciò è particolarmente preoccupante in quanto molte cliniche abortive avvisano le donne della possibilità di dolori crampiformi e di perdite ematiche fino a tre settimane dopo l'intervento, e di assenza di mestruazioni per sei o otto settimane. Vi sono due ragioni per cui una donna con una gravidanza ectopica non diagnosticata viene messa in una situazione di vulnerabilità: 1) L'aborto può non solo ritardare notevolmente una diagnosi corretta, 2) ma può anche aumentare il rischio che la donna subisca serie complicazioni e che possa perfino perdere la vita.

Le preoccupazioni riguardanti l'aborto e le gravidanze ectopiche non diagnosticate sono state sottolineate da alcuni articoli recenti negli Archives of Pathology, nei quali si rileva come alcune giurisdizioni non hanno ancora adottato la raccomandazione che tutto il tessuto rimosso durante un aborto indotto venga esaminato per verificare la presenza o meno di parti fetali. Alcuni studi hanno scoperto che nel 28 per cento dei casi in cui la patologia era anormale, si sono rese necessarie delle cure mediche supplementari. Ovviamente, l'assenza di tessuto fetale allerterebbe il personale medico sulla

possibile presenza di una gravidanza ectopica e potrebbe evitare una situazione che metta la donna in pericolo di vita.

Siccome le gravidanze ectopiche sono una causa significativa di mortalità materna, è stato chiesto ai Centers for Disease Control di investigare tutti i decessi per gravidanza ectopica in modo da stabilire se le donne si fossero sottoposte recentemente ad un aborto indotto. In questo modo, i decessi identificati sarebbero attribuiti all'aborto indotto e non alla gravidanza.

### **I limiti dei dati nordamericani**

Daling et al. hanno trovato che nelle donne che subiscono due o più aborti indotti, il rischio di avere delle gravidanze ectopiche è maggiore di 2,6 volte. Pur ammettendo che tale scoperta è "preoccupante", gli studiosi sono giunti tuttavia alla conclusione che "non vi è la certezza che l'aborto indotto legale negli Stati Uniti costituisca un rischio eccessivo di gravidanza ectopica." Nel riassunto dello studio si dichiara che la ricerca mostra che l'aborto "non porta ad un numero inaccettabile di rischi." Anche in questo caso le conclusioni contraddicono i dati raccolti.<sup>34</sup>

Molti osservatori considererebbero "eccessivo" ed "inaccettabile" un rischio di 2,6 volte maggiore in una patologia potenzialmente mortale. Come rilevato sopra nella sezione sulla placenta previa, nella letteratura nordamericana sull'aborto esiste una forte tendenza da parte dei ricercatori a minimizzare le proprie scoperte. E' consigliabile che coloro che sono interessati alla materia leggano i dati numerici, paragonandoli attentamente con il riassunto e con le conclusioni, piuttosto che basarsi soltanto sul riassunto o solo sulle conclusioni. Si raccomanda inoltre di paragonare tali studi con altri compiuti in Europa, in modo particolare gli studi fatti in Gran Bretagna e in Scandinavia, dove il numero di abitanti e le sofisticate banche dati mediche integrate rendono la raccolta dei dati più accurata e dettagliata.

Un altro aspetto limitativo è che talvolta le statistiche nordamericane non suddividono i rischi a seconda dei diversi gruppi della popolazione. Ciò costituisce una limitazione perché per alcuni gruppi etno-culturali i rischi sono significativamente maggiori rispetto a quanto mostrato dai dati complessivi. Le

donne afro-amicane, ad esempio, sono più a rischio di decesso quando vi è una gravidanza ectopica al momento dell'aborto indotto.<sup>35</sup> Goldner nota che "... i decessi da complicazioni erano notevolmente superiori per le donne afro-amicane e per quelle di altre minoranze etniche rispetto a quelli delle donne bianche nello stesso arco di tempo."<sup>36</sup>

## Conclusione

Dalla rassegna della letteratura esistente emerge chiaramente che "un riportare dati incompleti, particolarmente rispetto all'aborto indotto", è un difetto importante in tutta la ricerca retrospettiva.<sup>37</sup> Quello dei dati incompleti è chiaramente un problema anche per quanto riguarda i dati raccolti sulla casistica nordamericana. Le donne che abortiscono vengono sottoposte a diverse procedure le cui conseguenze aumentano il rischio di futuri problemi di salute per le donne stesse. Tra tali problemi troviamo: La dilatazione cervicale, ancora utilizzata nel D&E, che può risultare nell'incompetenza cervicale e spesso provocare aborti spontanei; la perforazione uterina, il cui rischio potrebbe essere tre volte superiore a quanto si pensava in precedenza; un rischio fino a sette volte maggiore di placenta previa; e un rischio maggiore e preoccupante di gravidanze ectopiche che contribuiscono in maniera rilevante alla mortalità materna e che sono molto probabilmente collegate all'aumento del numero degli aborti indotti negli ultimi 30 anni. Infatti, i cinque studi che abbiamo analizzato mostrano *un aumento di rischio da due a tredici volte nella possibilità che l'aborto indotto conduca ad una gravidanza ectopica.*

La conseguenza più grave di un aborto indotto per una gravidanza futura è l'aumento delle nascite premature che varia dal 30 al 700 per cento. I neonati prematuri che pesano meno di 1.500 grammi hanno un'incidenza di paralisi cerebrale superiore di 38 volte a quella dei bambini nati dopo una gravidanza di normale durata. Perciò l'aborto indotto aumenta di molto il rischio che le donne abbiano successivamente un bambino affetto da paralisi cerebrale.

Troppi studi nordamericani minimizzano tali scoperte, con serie implicazioni per la salute presente e futura delle donne nordamericane, soprattutto per quelle afro-amicane.

## Punti chiave del Capitolo 4

- Le gravidanze successive subiscono gli effetti negativi dell'aborto indotto.
- Le complicazioni principali sono: incompetenza cervicale con conseguenti aborti spontanei futuri; perforazione uterina e placenta previa con serie conseguenze per la salute della donna e dei suoi figli nati in gravidanze successive; gravidanze ectopiche che – se non diagnosticate e trattate – possono portare alla morte della donna.
- Quarantanove studi europei e nordamericani su parti pretermine o prematuri hanno trovato un incremento di rischio dal 30 al 510 per cento.
- La conseguenza di tale aumento nel rischio di parti prematuri dopo l'aborto volontario è che il tasso di paralisi cerebrale tra i neonati prematuri che pesano meno di 1.500 grammi alla nascita è superiore di 38 volte rispetto a quello della popolazione generale. In altre parole, l'aborto indotto è direttamente responsabile per migliaia di casi di paralisi cerebrale nella sola America del nord che altrimenti non si sarebbero verificati.
- Nonostante che i dati indichino l'esistenza del legame tra l'aborto indotto e dei seri rischi futuri alla salute, molte ricerche nordamericane non rilevano tali fattori di rischio.
- I dati numerici dovrebbero essere attentamente paragonati ai riassunti ed alle conclusioni in quanto spesso non corrispondono tra loro. In altre parole, laddove i dati indicano la presenza di rischi alla salute, nei riassunti e nelle conclusioni tali rischi vengono spesso minimizzati.
- Alla luce della maggiore conoscenza dell'impatto che l'aborto volontario ha sul tasso di prematurità, coloro che praticano l'aborto potrebbero presto essere obbligati a farsi carico di maggiori responsabilità legali nell'ottenimento del consenso informato dalle donne che stanno prendendo in considerazione la possibilità di sottoporsi all'aborto.

## Note

- <sup>1</sup> Molin A. Risk of damage to the cervix by dilatation for first-trimester induced abortion by suction aspiration. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1993;35(3):152-4.
- <sup>2</sup> Zlatnik FJ, Burmeister LF, Feddersen DA, Brown RC. Radiological appearance of the upper cervical canal in women with a history of premature delivery II. Relationship to clinical presentation and to tests of cervical compliance. *Journal of Reproductive Medicine* 1989 August;34(8):525-30.
- <sup>3</sup> Slater PE, Davies AM, Harlap S. The effect of abortion method on the outcome of subsequent pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine* 1981 marzo;26(3):123-8.
- <sup>4</sup> Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989 August;161(2):406-8; p. 407.
- <sup>5</sup> Trott E, Ziegler W, Levey J. Major complications associated with termination of a second trimester pregnancy: a case report. *Delaware Medical Journal* 1995 May;67(5):294-6.
- <sup>6</sup> Barrett JM, Boehm FH, Killam AP. Induced abortion: a risk factor for placenta previa. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1981 December 1;141(7):769-72.
- <sup>7</sup> Rose GL, Chapman MG. Aetiological factors in placenta praevia--a case controlled study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1986 June;93(6):586-8.
- <sup>8</sup> Taylor VM, Kramer MD, Vaughan TL, Peacock S. Placenta previa in relation to induced and spontaneous abortion: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology* 1993 July;82(1):88-91; p. 91.
- <sup>9</sup> Thorp JM, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2003;58(1):67-79; p.75.
- <sup>10</sup> Potts M. Legal abortion in Eastern Europe. *Eugenics Review* 1966-1967; 58-59:232-250, p. 235.

<sup>11</sup> Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstetrics & Gynecology* 1999 Dec;94(6):948–53.

Pickering RM, Forbes J. Risk of preterm delivery and small-for-gestational age infants following abortion: A population study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1985;92:1106–1112.

Michielutte R, Ernest JM, Moore ML, Meis PJ, Shrp PC, Wells HB, Buescher PA. A comparison of risk assessment models for term and preterm low birthweight. *Preventive Medicine* 1992;21:98–109.

Berkowitz GS. An epidemiologic study of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 1981;113:81–92.

Lieberman E, Ryan KJ, Monson RR, Schoenbaum SC. Risk factors accounting for racial differences in the rate of premature birth. *New England Journal of Medicine* 1987;317:743–748.

Lang JM, Lieberman E, Cohen A. A comparison of risk factors for preterm labor and term small-for-gestational-age birth. *Epidemiology* 1996;7:369–376.

Mueller-Heubach E, Guzick DS. Evaluation of risk scoring in a preterm birth prevention study of indigent patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;160:829–837.

Shiono PH, Lebanoff MA. Ethnic differences in preterm and very preterm delivery. *American Journal of Public Health* 1986;76:1317–1321.

Pantelakis SN, Papadimitriou GC, Doxiadis SA. Influence of induced and spontaneous abortions on the outcome of subsequent pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1973;116:799–805.

Lumley J. The association between prior spontaneous abortion, prior induced abortion and preterm birth in first singleton births. *Prenatal and Neonatal Medicine* 1998;3:21–24.

Van Der Slikke JW, Treffers PE. Influence of induced abortion on gestational duration in subsequent pregnancies. *British Medical Journal* 1978;1:270–272.

Richardson JA, Dixon G. Effect of legal termination on subsequent pregnancy. *British Medical Journal* 1976;1:1303–1304.

Pickering RM, Deeks JJ. Risks of delivery during 20th to the 36th week of gestation. *International Journal of Epidemiology* 1991;20:456–466.

Koller O, Eikhom SN. Late sequelae of induced abortion in primigravidae. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1977;56:311–317.

Papaevangelou G, Vrettos AS, Papadatos D, Alexious C. The effect of spontaneous and induced abortion on prematurity and birthweight. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* May 1973;80:418–422.

Bognar Z, Czeizel A. Mortality and morbidity associated with legal abortions in Hungary, 1960–1973. *American Journal of Public Health* 1976;66:568–575.

Martius JA, Steck T, Oehler MK, Wulf K–H. Risk factors associated with preterm (<37+0 weeks) and early preterm (<32+0 weeks): univariate and multi-variate analysis of 106 345 singleton births from 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1998;80:183–189.

Lekea–Karanika V, Tzoumaka–Bakoula C and Golding J. Previous obstetric history and subsequent preterm delivery in Greece. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1990 November;37:99–109.

Ancel PV, Saurel–Cubizolles MJ, Renzo GCD, Papiernik E, Breart G. Very and moderate preterm births: are the risk factors different? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 106:1162–1170.

Lumley J. Very low birth–weight (<1500g) and previous induced abortion: Victoria 1982–1983. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 1986;26:268–272.

Altri ventinove studi sono elencati in Rooney B, Calhoun BC. Induced abortion and the Risk of later premature births. *Journal of American Physicians and Surgeons* 2003 (summer) [vedi nota 22].

<sup>12</sup> Luke B. *Every Pregnant Woman’s Guide to Preventing Premature Birth*. 1995 [prefazione di Emile Papiernik], New York: Times Books; p. 32.

- <sup>13</sup> Ancel P-Y, Saurel-Cubizolles M-J, Renzo GCD, Papiernik E, Breart G. Very and moderate preterm births: Are the risk factors different? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 106:1162-1170.
- <sup>14</sup> Zhou et al. 1999. *Vedi* n. 11, p. 948.
- <sup>15</sup> Martius et al. 1998. *Vedi* n. 11.
- <sup>16</sup> Henriët L, Kaminski M. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: The 1995 French national perinatal survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108: 1036-1042; p.1036.
- <sup>17</sup> Luke 1995. *Vedi* n. 12, pp. 32-33.
- <sup>18</sup> Krohn MA, Daling JR, , Miscarriage or termination in the immediately preceding pregnancy increases the risk of intraamniotic infection in the following pregnancy. *American Journal of Epidemiology* 1992;136:1013.
- <sup>19</sup> Lumley 1998. *Vedi* n. 11.
- <sup>20</sup> Escobar GJ, Littenberg B, Petitti DB. Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:204-211.
- <sup>21</sup> Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM, Sutton PD. Births: Final Data for 2001. *National Vital Statistics Reports* 2002 December 18;51(2).  
<http://www.cdc.gov/nchs/releases/02news/precare.htm>
- <sup>22</sup> Rooney, B, Calhoun, BC. Induced abortion and the risk of later premature births. *Journal of American Physicians and Surgeons* 2003 (summer); 8 (2): 46-49, p. 47.
- <sup>23</sup> Hungary, 2001, in *Demographic Yearbook, 2001 ed.*, on line, Consiglio d'Europa. Disponibile alla pagina  
<http://www.coe.int/t/e/social%5fcohesion/population/demographic%5fyear%5fbook/2001%5fEdition/Hungary%202001.asp>.  
<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-hungary.html>
- <sup>24</sup> Gentles, I. In the matter of child care, Canada could learn from Poland. *The Report* 2000 (9 ottobre 2000), p. 46]

<sup>25</sup> Russia prepares to end its embrace of abortion: tighter laws reverse tradition of tolerance. *Globe and Mail* [Toronto] 2003 (2 July), p. A1;

<sup>25</sup> Russians Feel Abortion's Complications; used as birth control in Soviet times, practice has led to widespread infertility. *Washington Post* 2003 (22 febbraio), A16, edizione finale.

<sup>26</sup> Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy--United States, 1970-1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Centers for Disease Control Surveillance Summary* 1993 December;42((SS-6)):73-85.

<sup>27</sup> Michalas S, Minaretzis D, Tsionou C, Maos G, Kioses E, Aravantinos D. Pelvic surgery, reproductive factors and risk of ectopic pregnancy: A case controlled study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1992 June;38(2):101-5, pp. 101, 103.

<sup>28</sup> Levin AA, Schoenbaum SC, Stubblefield PG, Zimicki S, Monson RR, Ryan KJ. Ectopic pregnancy and prior induced abortion. *American Journal of Public Health* 1982 March;72(3):253-6.

<sup>29</sup> Parazzini F, Ferraroni M, Tozzi L, Ricci E, Mezzopane R, La Vecchia C. Induced abortions and risk of ectopic pregnancy. *Human Reproduction* 1995 July;10(7):1841-4.

<sup>30</sup> Chung CS, Smith RG, Steinhoff PG, Mi MP. Induced abortion and ectopic pregnancy in subsequent pregnancies. *American Journal of Epidemiology* 1982 June;115(6):879-87; p. 884.

<sup>31</sup> Tenore J. Ectopic Pregnancy. *American Family Physician* 2000 (Feb.15):1080-1088.

<sup>32</sup> Wong TW, Lau CC, Yeung A, Lo L, Tai CM. Efficacy of transabdominal ultrasound examination in the diagnosis of early pregnancy complications in an emergency department. *Journal of Accidental and Emergency Medicine* 1998 May;15(3):155-8.

<sup>33</sup> Abbott J, Emmans LS, Lowenstein SR. Ectopic pregnancy: ten common pitfalls in diagnosis. *American Journal of Emergency Medicine* 1990;8:515-522.

<sup>34</sup> Daling JR, Chow WH, Weiss NS, Metch BJ, Soderstrom R. Ectopic pregnancy in relation to previous induced abortion. *Journal of the American Medical Association* 1985 February;253(7):1005-8.

<sup>35</sup> Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW, Franks AL, Smith JC. Maternal mortality in the United States, 1979–1986. *Obstetrics & Gynecology* 1990 December;76(6):1055–60.

Atrash HK, MacKay HT, Hogue CJ. Ectopic pregnancy concurrent with induced abortion: incidence and mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990 March;162(3):726–30.

<sup>36</sup> Goldner et al. 1993. Vedi n. 26.

<sup>37</sup> Taylor et al. 1993. Vedi n. 8.

*Ringraziamo il Prof. Sergio Portelli per la traduzione di questo capitolo.*