

Newsletter (numero 4.3)

Rottura uterina nell'aborto del secondo trimestre con misoprostolo dopo un cesareo: il rischio è basso, ma la stima è imprecisa

Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery. A systematic review. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 1117-23



Obiettivo

Revisione sistematica di studi clinici per stimare la frequenza di rottura uterina nell'aborto medico del secondo trimestre con misoprostolo nelle donne con pregresso taglio cesareo (TC).

Metodo

Popolazione	16 studi osservazionali, comprendenti 3556 gravide, sottoposte ad aborto indotto nel secondo trimestre mediante somministrazione di misoprostolo per via orale (200-800 mcg), vaginale (50-800 mcg) o sublinguale (400 mcg), da solo (7 studi) o in associazione con altri farmaci o dispositivi (ossitocina, prostaglandine, mifepristone, catetere di Foley, Dilapan intracervicale).
Esposizione	Pregresso taglio cesareo singolo o ripetuto
Controllo	Storia ostetrica negativa per pregresso taglio cesareo
Outcomes/Esiti	Rottura d'utero, intesa come separazione di tutti gli strati della parete uterina (con conseguente emorragia e morbosità grave), distinta dalla deiscenza uterina, in cui la sierosa rimane intatta e che non si associa a morbosità grave
Tempo	Studi condotti fino al 2008

Risultati principali

La frequenza di rottura d'utero è risultata 0.28% (IC 95%:0.08, 1.00) nelle 722 donne con pregresso TC e 0.04% (IC 95%: 0.01, 0.20) nelle 2834 donne senza pregresso TC. Negli studi in cui si è utilizzato il solo misoprostolo non si sono verificate rotture d'utero, mentre in quelli in cui il misoprostolo era assunto in associazione con altri farmaci o dispositivi la frequenza è stata 0.43% (IC 95%: 0.12, 1.55) nelle donne con pregresso TC e 0.06% (IC 95%: 0.01, 0.31) nelle donne senza pregresso TC.

Il numero necessario da trattare per osservare un effetto avverso (NNH) risulta 414, che corrisponde al numero di donne con pregresso TC da sottoporre a aborto nel secondo trimestre con misoprostolo per ottenere una rottura d'utero. Nella tabella sono riassunti i dati totali e per sottogruppi.

Conclusioni

Nelle donne con pregresso TC il rischio di rottura d'utero associato a un aborto del secondo trimestre con misoprostolo, da solo o in associazione, è inferiore a 0.3%. Tra queste, le gravide con pregressa incisione trasversale sul segmento uterino inferiore o che assumono il misoprostolo da solo presentano una frequenza di rottura d'utero sovrapponibile alle donne senza storia di pregresso TC.

Tabella: esiti nei due gruppi: intervento (cibo/acqua) e controllo (solo acqua), in valore percentuale se non altrimenti specificato.

Popolazione	Pregresso TC (n/N)	No pregresso TC (n/N)	RR (IC 95%)
Tutte le donne	2/722	1/2834	7,85 (0.71, 86.46)
	0/179*	0/1256	-
Donne con somministrazione di solo misoprostolo	0/256	0/1030	-
Donne con somministrazione di misoprostolo in associazione	2/466	1/1804	7,74 (0.70, 85.21)

*solo donne con incisione trasversale sul segmento uterino inferiore.

Altri studi sull'argomento

Una linea guida, sulla base di una revisione sistematica della letteratura aggiornata al 2004 sull'utilizzo di prostaglandine nell'aborto indotto del secondo trimestre, riporta che il rischio di rottura d'utero associato è molto basso, minore di 1 su 1000 (su tutte le gravide senza distinzione per anamnesi ostetrica) [1].

Una revisione sistematica di 2 studi controllati randomizzati confronta l'aborto del secondo trimestre con metodo chirurgico rispetto a quello farmacologico con prostaglandine per efficacia, effetti collaterali e accettabilità. Il rischio di complicazioni appare minore per dilatazione e curettage rispetto all'instillazione di prostaglandine (OR 0.12; IC 95%: 0.03,0.46) o alla somministrazione di misoprostolo e mifepristone (OR 0.06; IC 95%:0.01,0.76), ma le prove di efficacia sono ancora limitate [2].

Referenze

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion; London: RCOG; 2004
- Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K. Complications of mid-trimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 889-92.

Che cosa aggiunge questo studio

L'evento è raro e questa metanalisi, limitata dalla mancanza di potenza statistica, non fornisce risposte definitive, ma sulla base dei dati disponibili il rischio appare comunque basso.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: revisione sistematica degli studi pubblicati in lingua inglese fino a settembre 2008 in Medline, Embase, Cinhal, Liliacs e Cochrane Library, con strategia di ricerca descritta. Non sono stati ritrovati studi controllati randomizzati e le pubblicazioni selezionate si riferiscono a studi osservazionali, 11 con gruppo di controllo e 5 senza controllo. Le potenziali distorsioni e le differenze nei disegni degli studi inclusi (diversi dosaggi e vie di somministrazione, associazione con altri farmaci, diverse epoche gestazionali) sono pronunciate e la loro reale comparabilità è difficile da valutare.

Esiti: unico esito rilevante e obiettivo. I risultati sono riportati secondo le indicazioni del *Consensus Statement* del gruppo MOOSE (*Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology*) Nonostante l'aggregazione dei dati, il numero delle donne a rischio di rottura d'utero è limitato e non ha potenza statistica per permettere una stima precisa e conclusiva.

Trasferibilità

Popolazione studiata: gli studi sono stati condotti in 11 paesi diversi occidentali e non, con aspetti sociosanitari assimilabili alla realtà italiana.

Tipo di intervento: nell'induzione del travaglio a termine con prostaglandine il rischio di rottura d'utero è aumentato nelle donne con pregressa isterotomia. L'utilizzo del misoprostolo nell'aborto medico del secondo trimestre è in crescita (1/4 degli aborti in Inghilterra, tutti in Svezia e Finlandia), per la praticità d'uso, la disponibilità e il basso costo del farmaco, mentre la modalità chirurgica risulta sicura e efficace soltanto se attuata da professionisti esperti e con casistica annuale sufficiente a mantenere la propria competenza. La frequenza di rottura d'utero nell'aborto medico del secondo trimestre con misoprostolo nelle donne con pregresso TC è ancora da stabilire e questa incertezza va presentata e discussa con la paziente. L'utilizzo di misoprostolo non in associazione con altri farmaci e la presenza di una pregressa incisione trasversale sembrano associarsi a un rischio minore.

I testi della scheda di presentazione dello studio sono a cura di Daniela Spettoli

Publicato on line il 22/07/2009
<http://www.burlo.trieste.it> - <http://www.saperidoc.it>