



Luminița Mihalcean, Elena Malic
COMPLICAȚIILE SOMATICE ȘI PSIHICE A LE AVORTULUI. (REVIU DE LITERATURĂ)
PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL COMPLICATIONS OF ABORTION. REVIEW OF LITERATURE

Catedra Obstetrică și ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"
(Șef catedră – dr. hab., profesor universitar V. Friptu)

1. Morbiditatea prin complicații post-avort.

În pofida numeroaselor metode de contracepție, numărul întreruperilor de sarcină în ultimii 5 ani, în republică rămâne constant, ca și complicațiile post-avort, care pot influența semnificativ sănătatea femeii atât psiho-somatică cât și reproductivă, cu manifestări precoce sau tardive.

Avortul este definit prin întreruperea sarcinii până la 21 săptămâni și 6 zile de gestație. După caracterul declanșării, se deosebesc: avorturi induse și spontane. Avorturile induse pot fi: la cerere, după indicații medicale, avort criminal, avort neidentificat, avort artificial după indicații sociale [8,10].

Conform datelor statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate din RM, întreruperea de sarcini continuă să fie principalul reglator al natalității, manifestându-se prin valori relativ înalte. Datele statistice arată că în ultimii 5 ani numărul ca-

zurilor de avort rămâne constant, în pofida faptului, că este promovată contracepția de către cabinetele de planificare a familiei (fig. 1). [5,12]

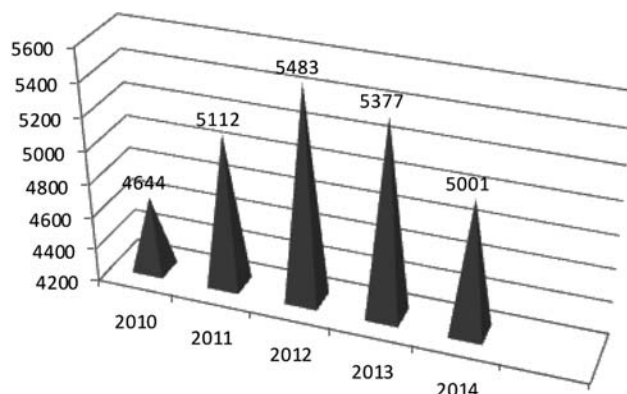


Fig. 1 Întreruperi de sarcină în mun. Chișinău, perioada anilor 2010-2014

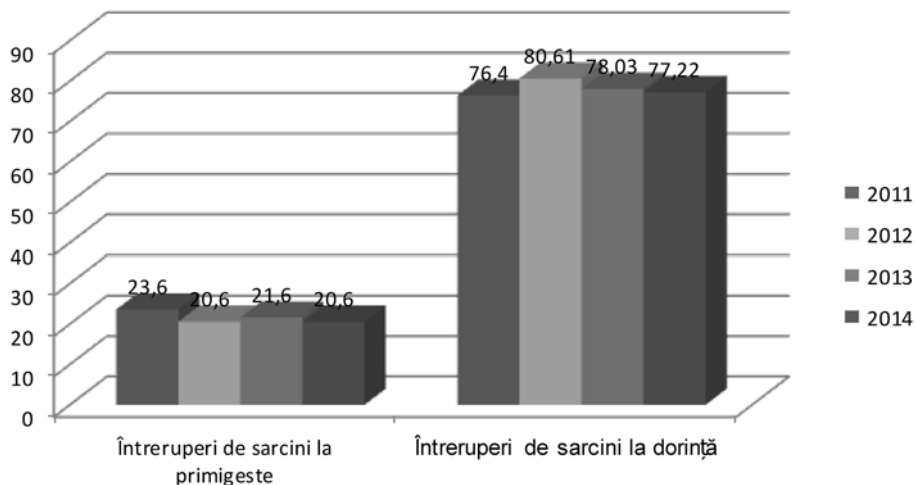


Fig. 2 Date statistice despre avort în mun. Chișinău, perioada anilor 2011-2014 (%)

Datele statistice indică o frecvență relativ înaltă și constantă a avortului la primigeste în mun. Chișinău (fig. 2). Conform unui studiu efectuat de Abramenco în Federația Rusă, din 150 de paciente studiate, 41,3% erau primigeste [14]. Datele medicinei bazate pe dovezi arată că mai puțin traumatizante

și cu mai puține complicații sunt întreruperile medicamenoase ale sarcinii și vacuum-aspirația cavității uterine [7,9,11,13,14]. În municipiul Chișinău, dintre metodele de întrerupere a sarcinii s-au aplicat preponderent vacuum-aspirația și chiuretaj uterin (fig. 3) [6,12].

În Federația Rusă se aplică preponderent metoda vacuum la termene până la 12 săptămâni. Autorii ruși menționează frecvența crescută a complicațiilor post-avort în urma VAM, inclusiv: procese inflamatorii ale organelor pelviene asociate cu resturile de țesut-92,4% din 150 persoane incluse în studiu, restul pacientelor

prezentând doar retenția de țesut sau doar procesul inflamator [14]. Alegerea avortului medicamentos, preponderent de către persoanele tinere (20-29 ani), este argumentată de autori, prin atitudinea încrezătoare a generațiilor tinere față de inovațiile contemporane, excluzând situațiile cu contraindicații [14].

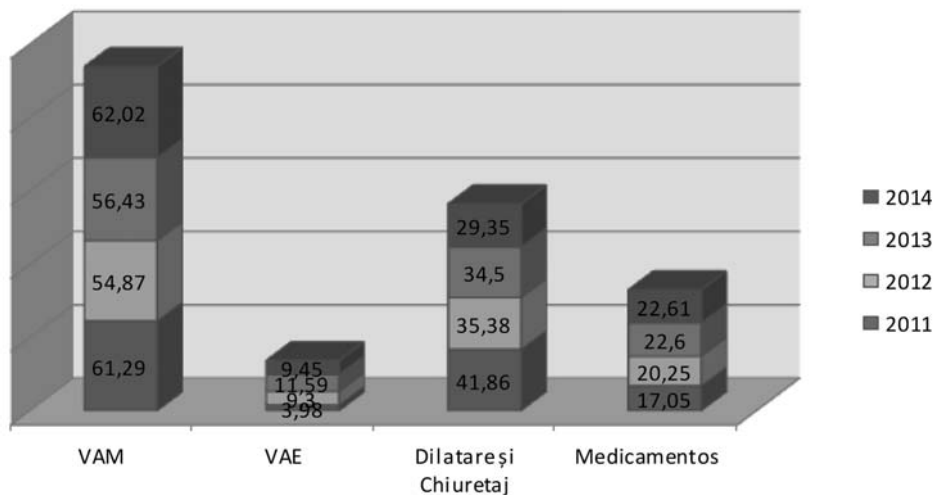


Fig. 3. Metodele de avort aplicate în mun. Chișinău în perioada anilor 2011-2014 (%)

Un reviu al al bibliotecii Cochrane a demonstrat că nu există diferențe între rata complicațiilor după un avort medicamentos și după unul chirurgical, deși unele studii randomizate și de cohortă dovedesc riscul crescut al complicațiilor după avortul medicamentos efectuat în trimestrul 2 [24].

Complicațiile majore, după OMS, sunt: infecția, hemoragia și traumatismul uterin. Un articol electronic menționează 4 mecanisme de bază ale complicațiilor post-avort: evacuarea incompletă a uterului (retenția de țesut al produsului de concepție), atonia uterină, infecția și prejudiciul adus de instrumentele utilizate în timpul procedurii [22,29].

Un studiu recent de cohortă efectuat, în Finlanda pe mai mult de 42 000 de femei, a comparat ratele de complicații (hemoragie, infecție, avort incomplet, prejudicii chirurgicale, boli tromboembolice, morbiditate psihiatrică și deces) în primele 6 săptămâni după un avort medicamentos și după unul chirurgical. Toate metodele erau efectuate în condiții de siguranță. Incidența hemoragiei și avortul incomplet s-au observat mai mult la femeile care efectuează avort medicamentos, în timp ce complicații care necesită tratament chirurgical, deși rar, au fost mai frecvente după avorturi efectuate prin metode chirurgicale. Ratele de infecție și de morbidități grave nu au fost diferite între grupuri [24].

Charles A. Ameh menționează că, la nivel mondial, 48% din toate avorturile induse sunt nesigure, dintre acestea 95% se atestă în America Latină și Africa. Anual, aproximativ 5 mln de femei sunt spitalizate pentru tratamentul complicațiilor post-avort [18]. Femeile cu avorturi nesigure cel mai des prezintă sta-

re de șoc rezultată din hemoragie severă sau sepsis [8,18].

Țările unde avortul este legal și se utilizează metode moderne, femeile pot fi asigurate că mortalitatea este rară la toate tipurile de avort aplicate [30].

Gh. Paladi clasifică complicațiile post-avort conform timpului de apariție: precoce (primele 24 ore după avort), amânate (24 ore -4 săptămâni) și tardive. Același autor enumeră următoarele complicații precoce ale întreruperii sarcinii: hemoragia din organele genitale, complicațiile anesteziei, sindromul CID, trombembolia, embolia cu lichid amniotic (1:10000-1:80000), făt viu la naștere. Dintre complicațiile amânate fac parte: hemoragia din organele genitale, infecția, hematometră (0,5-1%). Complicațiile tardive se înregistrează sub forma de: Rhesus-imunizare, amenoree post-avort, afectarea funcției reproductive la distanță, trauma psihologică [3,10].

Hemoragia precoce are o incidență de 0,1% [30] și ea poate fi cauzată de atonia uterului, lacerarea exocervixului, retenția produselor de concepție (0,29-1,26% în primul trimestru de sarcină), perforația uterină (1-3/1000 avorturi), coagulopatia (CID sindrom 0-0,08%). Hemoragia din organele genitale, ca o complicație amânată, poate fi cauzată de retenția țesutului produsului de concepție, endometrită post-avort, sarcină în evoluție (intrauterină sau ectopică - 1 la 500-1000 avorturi), boala trofoblastică, subinvoluția uterului [10,14,16].

Un reviu recent publicat (2014), notează următoarele date referitor la hemoragia după avort: în primul trimestru, după aplicarea VAM, sângerarea vaginală-0,007%, în timp ce în trimestrul 2, sângerări cu

cantități mai mari de 500 ml s-au înregistrat 0,9%, dintre care 0,2% au necesitat transfuzii de sânge [30].

Infecția, ca o complicație amânată, se manifestă cel mai des prin endometrită post-avort (0,1-4,7%), mai rar prin avort septic, parametrită, abces al bazinului mic, peritonită, sepsis ginecologic [10,16].

În ghidurile contemporane se indică o frecvență a infecției post-avort, de cca 1%, indiferent de metoda aplicată. Consecințele infecției sunt : durere pelviană cronică, infertilitate, sarcină ectopică ulterior [30]. Prezența Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, vaginozei bacteriene înainte de efectuarea avortului, va crește riscul de infecție după procedură [24,30]. Profilaxia infecției cu antibiotice în timpul avortului chirurgical a scăzut semnificativ probabilitatea infecției comparativ cu placebo, recomandată fiind doxyciclina [20,30].

Un studiu românesc, pe un interval de 6 ani, privind incidența avorturilor la cerere a identificat următoarele complicații imediate: perforație uterină (0,078%), resturi ovulare (0,39%) și endometrite hemoragice (6,15%). Același studiu prezintă, din complicații la distanță, sindromul depresiv post-avort la cerere (0,36%), cel mai frecvent fiind semnalat la adolescente, și infertilitate 0,67-0,69% [15,16,26].

Mortalitatea maternă după avort depinde de procedura utilizată, de vârsta sarcinii și experiența practicianului, remarcă un ghid australian [19,27]. Studii efectuate pe teritoriul Federației Ruse, evidențiază avortul la cerere ca fiind unul dintre factorii primordiali în incidența mortalității materne și a morbidității ginecologice ulterioare, a sterilității feminine și dereglării sănătății reproductive [14]. Cauzele de deces includ: embolie pulmonară, complicații anestezice, infecție, hemoragie și embolism cu lichid amniotic [14,19,25]. Același ghid menționează că decesul matern post-avort în SUA este mai mic de 1 la 100.000.

Furnizorii de servicii trebuie să informeze femeile că riscurile de mortalitate asociate cu avortul indus sunt extrem de reduse. Într-o perioadă de trei ani (2006-2008), s-au atestat 107 decese materne directe în Marea Britanie și 154 decese materne indirecte, din 2,29 milioane de mame care au născut (rata generală a mortalității materne 11.39 / 100000 sarcini). Din cele 107 de decese directe, doar două au fost asociate cu avortul și ambele au fost consecința sepsisului tractului genital, dintr-un număr total de 628 342 de avorturi în același interval de timp (rata mortalității materne 0,32 / 100 000 sarcini) [24].

Unele surse contemporane cu referire la complicațiile post-avort argumentează mai ales consecințele avortului nesigur, clandestin, aprobând în schimb avortul în siguranță cu consecințe minime, cu risc de morbiditate și mortalitate maternă redus, iar complicațiile la distanță sunt considerate neconfirmate sau chiar neglijabile [1,7,8,19,21].

1.2 Rolul factorilor de risc în dezvoltarea complicațiilor post-avort.

Conform datelor literaturii științifice, frecvența complicațiilor post-avort depinde de vârsta gestațională la momentul întreruperii sarcinii și de metoda aleasă [7,8,27]. Astfel, rata complicațiilor în funcție de vârsta gestațională la momentul avortului este următoarea: până la 8 săptămâni < 1%; 8-12 săptămâni – 1,5-2%; 12-13 săptămâni – 3-6%; în al doilea trimestru – până la 50% de cazuri [29].

Hemoragia în perioada precoce post-avort depinde de următorii factori de risc: termenele avansate de gestație, procedurile de chiuretaj, procedura îndelungată, anestezia generală, neadministrarea uterotoniceilor după dilatație și chiuretaj. Atonia uterului apare cel mai frecvent în caz de: multiparitate, subnutriție, naștere recentă, miom uterin, sarcini mai mari de 10 săptămâni de gestație. Perforația uterină (0,1-0,4% în avortul chirurgical) depinde de experiența medicului, de instrumentele folosite, de operațiile cezariene în antecedente (0,3%) [24,30]. Resturile produselor de concepție se atestă mai frecvent în caz de avort la termene tardive de gestație [30]. Riscul avortului incomplet sporește după întreruperea chirurgicală, în retroflexia uterului, anomaliilor congenitale și dobândite ale uterului. Riscul pentru CID sindrom crește odată cu vârsta sarcinii, cu durata aflării embrionului neviabil în uter, în caz de placenta praevia, placenta accreta, sepsis, hemoragie masivă.

Incidența infecției post-avort sporește după întreruperea chirurgicală a sarcinii [27]. Factorii de risc pentru endometrită post-avort sunt : vârsta de până la 20 ani, primiparitatea, BIP în anamneză, prezența agenților patogeni în vagin ori în colul uterin la momentul avortului (chlamidii, gonococi, micoplasme, vaginoza bacteriană) [10,14]. Complicațiile infecțioase după un avort medical se întâlnesc mai frecvent la așa-numitele "femei din grupul de risc": anamneza ginecologică agravată (boli inflamatorii pelviene, complicații la nașteri anterioare, avorturi medicale sau spontane în antecedente, patologii cervicale, dereglări menstruale ≥ 17 zile); patologii extragenitale (patologii cu caracter inflamator ale aparatului respirator sau sistemului urinar, boli infecțioase) [14].

1.3 Impactul complicațiilor post-avort asupra sănătății femeii.

În opinia academicianului E. Gladun, avortul constituie un adevărat flagel social cu repercursiuni importante asupra capacității de muncă și a desfășurării funcțiilor genitale fiziologice de procreare [11]. L. Răilean, în teza sa de doctor, face următoarele mențiuni: „În pofida caracterului crușător și a securității relative a unor metode de întrerupere a sarcinii, avortul este întotdeauna un proces nefiresc, care presupune o intervenție brutală în organismul femeii gravide [11]. „ Avortul provocat în trimestrul I de sarcină induce

modificări psihologice și ale SN vegetativ, afectează capacitatea de adaptare a organismului și are ca efect agravarea simptomatologiei preexistente [11,15].

Conform literaturii de specialitate, circa 76% din femei, după un avort, au manifestări depresive, indispoziție, tristețe inexplicabilă, accese de strigăt spontan, coșmaruri nocturne, diminuarea încrederii în persoana proprie, stare de inhibiție, sindrom post-avort (stres posttraumatic) [2,3,29]. Alte consecințe sunt: anorexie nervoasă post-avort (23% cazuri), dereglări sexuale, relații proaste cu familia, copiii, prietenii, părinții. În 12% de cazuri se observă tentative de suicid, abuz de alcool, droguri, frica de a rămâne însărcinată, vina pentru supraviețuirea proprie [11]. Femeile suferă o serie de emoții în timpul și după avort, care includ: tristețe, furie, vinovăție și regret. Astfel de reacții sunt normale. Pentru unele femei, gânduri recurente pot apărea de asemenea mai târziu, fiind declanșate de alte evenimente, cum ar fi dificultăți cu sarcinile ulterioare, zile de naștere [17,24,30].

Dintre alte simptome grave, autorii remarcă dereglări tardive ale ciclului menstrual (oligomenoree, amenoree, meno- și metroragii), insuficiență a fazei II a ciclului menstrual, sarcină tubară succesivă unui avort recent, avort spontan, insuficiența istmico-cervicală, naștere complicată prin insuficiența forțelor de expulzie, sterilitate secundară, unele complicații rare care scapă atenției medicilor (sporirea secreției vaginale și cervicale, dereglarea funcției sexuale) [4,26]. Se atestă de asemeni prezența unor stări de nevroză (îndeosebi la femeile cu infantilism, insuficiență hipotalamo-hipofizară și labilitate neuropsihică), tulburări psihice. Aceste stări prezintă un risc crescut la adolescente și primipare.[15,26,29].

Un studiu efectuat pe un lot de 877181 participante, în perioada 1995-2009, publicat de Priscilla K. Coleman, remarcă riscul problemelor de sănătate mentală de diverse forme, legate de un avort în antecedente, în 81% cazuri, aproximativ 10% din astfel de probleme au fost atribuite direct avortului [28].

Un studiu de cohortă, efectuat în 2010, în Danemarca, a studiat ratele pentru primul contact cu un psihiatru (admitere sau vizite ambulatorii), pentru orice tip de tulburare psihică în termen de 12 luni după avort sau naștere, comparativ cu perioada de 9 luni care precede evenimentul. Au fost incluse în studiu 84620 de fete și femei care au făcut un avort și 280930 care au un copil între 1995 și 2008. Riscul relativ al unui contact psihiatric nu diferă în mod semnificativ după avort în comparație cu înainte de avort ($P = 0,19$), dar indicii au crescut după naștere, comparativ cu înainte de naștere ($P < 0,001$). Autorii studiului au ajuns la concluzia că nu există nici o dovadă a unui risc crescut de tulburări mentale după un avort indus în primul trimestru. O revizuire sistematică cu privire la impactul asupra sănătății mentale a avortului indus a fost realizată în 2010 în colaborare cu Centrul Na-

țional pentru Sănătate Mentală din Marea Britanie. Reexaminarea a arătat că, dacă o femeie cu o sarcină nedorită optează pentru un avort sau să continue sarcina, rezultatele privind sănătatea mentală sunt la fel. La rândul lor, femeile care au în antecedente probleme de sănătate mentală, prezintă o probabilitate mai mare de probleme psihice atât după un avort cât și după naștere [23,24,30].

Concluzii :

1. În pofida numeroaselor metode de contracepție, numărul întreruperilor de sarcină în ultimii 5 ani rămâne constant ca și complicațiile post-avort, care pot influența semnificativ sănătatea femeii atât psihosomatică cât și reproductivă, cu manifestări precoce sau tardive.

2. În caz de sarcină nedorită femeile necesită informații despre consecințele avortului, iar în caz de avort ele au nevoie de supravegherea în dinamică a procesului de redresare a funcției menstruale, indicarea măsurilor de profilaxie a complicațiilor post-avort, promovarea unui comportament sexual și reproductiv sanogen.

3. Studiile despre complicațiile post-avort sunt într-un număr mai mic comparativ cu alte subiecte din obstetrică și ginecologie și necesită o analiză mai amplă în condițiile socio-economice actuale ale Republicii Moldova.

4. Un nivel înalt de moralitate și spiritualitate este o premisă pentru reducerea numărului de avorturi și a complicațiilor sale în rândul populației fertile.

Bibliografie

1. **CIDSR**, Republica Moldova; Avortul în siguranță – Informații utile, Chișinău 2011, pag. 4-6

2. **Corlocova E.**, Stresul post-avort-manifestări psihemoționale și atenuarea lor prin aplicarea presopuncturii auriculare; Anale științifice, Ediția 6, Vol. IIIB, Chișinău 2005, pag. 292-295

3. **Corlocova E.**, Sindromul post-avort, Anale științifice 2005, Vol.5, pag. 121-124.

4. **Christa Todea Gross, Moldovan Ilie**, Îndrumar medical și creștin al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-vita, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, pag. 99-150

5. **Ministerul Sănătății al Republicii Moldova; Centrul Național de Management în Sănătate**, Evaluarea sănătății mamei și copilului, Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Republica Moldova Anul 2012. Chișinău, 2013, pag. 4-8.

6. **Ministerul Sănătății al Republicii Moldova; Centrul Național de Management în Sănătate**, Evoluția sistemului de sănătate din Republica Moldova, în perioada guvernării coaliției pro-europene, anii 2009-2013, Chișinău, 2014; pag. 234-255.

7. **Ministerul Sănătății al Republicii Moldova**; Ordinul Nr.482, din 14.06.2011, mun. Chișinău, „Privind

aprobarea Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță”, pag. 3-12.

8. **OMS 2015**, Ediția II, Avort fără riscuri-Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Geneva, 2003; pag. 19-31,32-51

9. **Paul Blumenthal, Shelley Clark, Kurus J. Co-yaji, Charlotte Ellertson, Christian Fiala, Themi Mazibuko, Vu Quy Nhan, Andre-Ulmann, Beverly Winikoff**, Avortul medicamentos-ghid introductiv, Genuity Health projects, Centrul de studii și Conferințe din Bellagio, 2004, pag. 30-39.

10. **Paladi Gh., Cernetchi O.** Complicațiile avortului, Bazele obstetricii fiziologice, Manual, Vol.I, Chișinău, Centrul Editorial Poligrafic, Medicina, 2006, pag. 481-488.

11. **Răilean Ludmila.** Optimizarea eficacității implementării avortului medicamentos în Republica Moldova , Teză doctor în medicină, Chișinău, 2009, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, pag. 9-13, 21.

12. **Tăutu Ludmila, Roșu V.** Avortul de la a II-a jumătate a secolului XX încoace”, Științe medicale , 3(22), septembrie 2011; pag. 83-88.

13. **Ungureanu S., Comendan Rodica.** Misoprostol pentru tratamentul avortului incomplet, Anale științifice 2005, Vol. V, pag. 162-164.

14. **Абрамченко В.В., Гусува Е.Н.** Медикаментозный аборт, Санкт-Петербург, «ЭЛБИ-СПБ», 2005, стр. 5-12,35-43,50-55.

15. **Батурин И.В.** Особенности психовегетативного статуса у девочек-подростков после аборта; Российский вестник, №.6 2008, стр. 67,68

16. **Anastasiu Diana-Maria, Berar Adina, Cimpeanu Luminița,** The incidence of immediate and long term complications at requested abortions. Journal of Experimental Medical-Surgical Research, Year XIX. Nr. 1-2/2012. Pag. 27-30.

17. **Astbury- Ward E.** Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. J. Plann Reprod Health Care 2008; 34:181-4

18. **Charles A. Ameh,** Abortion, Gynecology for less-resourced locations, Chap.13, pag. 123-133

19. **Department of Western Australia, © Women and Newborn Health Service 2007.** Termination of pregnancy-Information and legal obligations for medical practitioners, pag. 16-26

20. **Low N., Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N.** Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev 2012; 3: CD005217

21. **Mitchell D. Creinin, MD.** Abortion, Pregnancy and Public Health; Obstetrics & Gynecology, Vol. 119, No.2, Part1, February 2012, pag.212,213.

22. **National Abortion Federation.** Management of side Effects and complications in Medical Abortion-A Guide for Triage and On-Call Staff ; Early Options, Medical Education Series, Revised September 2008, pag.1-10

23. **National Collaborating Centre for Mental Health.** Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Academy of Medical Royal. Colleges,2011. www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION_REPORT_WEB%20FINAL.pdf.

24. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Bringing to life the best in women' s health care);** The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number. ; November 2011, pag.8-10, 37-45

25. www.slideserve.com/shasta/rodica-comendant-conferen-ar-universitar-cidsr-director-expert-oms-avortul-n-siguran

26. www.dspcovasna.ro/sites/default/files/download/avort/avort.pdf(complicațiile avortului asupra femeii

27. www.emedicine.medscape.com/article/795001-overview#a5

28. <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180>

29. <http://Psychological Issues- The Context for the Development of Post-Abortion Syndrome>

30. <http://www.womancareglobal.org/wp-content/uploads/2014/01/BMJ-2014-Paper-Fjerstad-and-Lohr.pdf>