



La tecnica dell'aspirazione secondo Karman

Riportiamo ora una breve descrizione del metodo Karman, rinviando gli specialisti che volessero conoscere maggiori dettagli tecnici al nostro volume *Moderne metodiche per provocare l'aborto* e le donne alle pagine relative all'argomento sui miei libri *Parliamone col ginecologo* e *Pianeta donna*.

L'interruzione della gravidanza servendosi del metodo dell'aspirazione tramite la siringa di Karman può essere attuato con la sicurezza della riuscita dell'intervento fino alla 9° settimana di gestazione, cioè circa due mesi di ritardo dall'ultima mestruazione (attenzione a non fare confusione tra data in cui si sono avute effettivamente le ultime mestruazioni e data in cui si attendevano e sono mancate). Dopo tale periodo è necessario adoperare altre tecniche: aspirazione mediante l'isterosuttore (un apparecchio elettrico in grado di generare pressioni negative fino ad un'atmosfera) fino alla 12° settimana di gestazione, il classico raschiamento (svuotamento della cavità uterina con pinze ad anelli seguito da curettage delle pareti) fino alla 14° settimana, induzione di una sorta di miniparto attraverso la somministrazione per fleboclisi di prostaglandine fino a alla 20° - 22° settimana di gestazione.

Il metodo Karman prende il nome dallo psicologo americano che circa 40 anni fa ha inventato tale sistema per indurre l'aborto nelle prime fasi della gestazione. Il concetto di aspirare la gravidanza dall'interno dell'utero attraverso delle sottili cannule di plastica non era però una novità, perché tale sistema veniva adoperato in maniera rudimentale con delle cannuce di bambù dai Cinesi già 3000 anni prima della nascita di Cristo.

Karman ha reintrodotta la tecnica con alcune modifiche. Ha ideato una siringa di plastica di 50cc, che prende il suo nome, la quale presenta all'estremità una valvola speciale che permette, quando si carica la siringa, di produrre all'interno di essa una pressione negativa di 0,3 atmosfere. Tale pressione negativa, una volta liberata premendo la valvola, permette la suzione della gravidanza dall'interno dell'utero verso l'esterno.

Questa siringa rimane sempre fuori della donna e alla sua estremità si collocano delle cannule di plastica, da 0,4 a 0,8 centimetri a seconda del periodo di gravidanza.

Nel raschiamento vengono adoperati dei dilatatori metallici (Hegar), mentre Karman ha introdotto nell'aspirazione l'uso di dilatatori di gomma semirigida (Porges) che anche in mani inesperte non possono provocare gravi danni. L'intervento va eseguito ambulatorialmente con relativa semplicità (per anni, sia in America che in Europa, è stato praticato dalle stesse femministe) e, se effettuato senza alcuna anestesia, produce una sintomatologia paragonabile

a quella di forti dolori mestruali.

La percezione del dolore è un fattore soggettivo variabile da donna a donna e le condizioni che maggiormente ne influenzano l'intensità sono la parità (il numero di figli avuto in precedenza) e lo stato emotivo con cui affronta l'intervento.

Nella quasi totalità dei casi, donne che hanno avuto precedenti gravidanze e che affrontano serenamente l'aborto percepiscono soltanto scarsi dolori nei circa 60 secondi di durata dell'intervento e nei 4 – 5 minuti successivi, durante i quali l'utero si contrae energicamente, come meccanismo difensivo naturale atto a ridurre al minimo la perdita di sangue.

Non bisogna somministrare antispastici nell'immediato post abortum, perché il rilasciamento dell'utero può far aumentare la perdita di sangue, mentre possono essere di una certa utilità: far assumere alla donna la posizione genu pettorale, avvicinando vigorosamente le gambe al petto, situazione che allentando la tensione dei legamenti utero sacrali dà un grosso sollievo soprattutto in pazienti con utero retroverso, oppure la lenta manipolazione della regione pubica e clitoridea, la quale crea una condizione di rilassamento generale ed a carico dell'utero con diminuzione del disagio dopo l'aborto.

Anestesia – Se la donna che deve affrontare l'intervento non ha mai partorito oppure vive l'evento in maniera fortemente emotiva, può essere opportuno eseguire una forma di anestesia.

L'anestesia locale è più adatta per un raschiamento durante il quale deve essere eseguita una notevole dilatazione del canale cervicale, manovra di per sé molto dolorosa, mentre per il metodo Karman è più adatta un'anestesia di tipo crepuscolare ottenuta con la somministrazione endovena di 1 o 2 fiale di Valium (un tranquillante) e ½ di Atropina, oppure una brevissima anestesia totale di 2 o 3 minuti, in tal caso è obbligatoria per precauzione la presenza dello specialista rianimatore.

Con il primo tipo di anestesia (crepuscolare) si ottiene una riduzione della sintomatologia del 70 – 80 % e la quasi completa amnesia retrograda (dimenticanza dell'episodio), molto utile per annullare il trauma psichico, che molto spesso può permanere a lungo dopo l'aborto. Con l'anestesia totale l'assenza di dolore e di trauma psichico è invece assoluta.

Visita preliminare – All'appuntamento per l'intervento è opportuno che la donna si presenti a digiuno da almeno 3 – 4 ore, anche se non deve essere praticato alcun tipo di anestesia, per impedire l'insorgenza del vomito, che altrimenti si può presentare durante l'intervento o nei minuti successivi.

Prima della visita ginecologica verrà sempre eseguita un'ecografia pelvica allo scopo di stabilire la settimana di gestazione, escludere una gravidanza extra uterina e diagnosticare un'eventuale patologia ginecologica associata. Per l'esecuzione corretta dell'esame ecografico è necessario che la vescica sia abbastanza piena.

Dopo l'ecografia la donna, prima di essere sottoposta alla visita ginecologica e generale, vuoterà la vescica e si toglierà tutti gli abiti, indossando al massimo una camicetta leggera.

Prima della visita ginecologica si procederà all'esame obiettivo generale, durante il quale bisognerà misurare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, auscultare il cuore ed i polmoni, palpare il seno e l'addome, verificare la presenza di vene varicose agli arti inferiori.

Tecnica – Dopo la visita e l'introduzione dello speculum, viene fissato il collo dell'utero (portio) con una piccola pinza (Martin), quindi si dilata leggermente il canale cervicale e si procede a 2 – 3 aspirazioni del materiale ovulare dalla cavità uterina attraverso delle speciali cannule di plastica dal diametro di 4 – 6 millimetri, collegate alla siringa di Karman, nella quale si genera una pressione negativa di 0,3 atmosfere, sufficiente a risucchiare all'esterno il contenuto

uterino.

Finito l'intervento la donna, se non ha praticato alcuna anestesia, percepisce per circa 5 minuti un dolore di tipo mestruale che può essere mitigato come abbiamo esposto in precedenza.

Decorso – Dopo circa 30 minuti dalla fine dell'intervento la donna può tornare tranquillamente a casa, ove potrà mangiare e riprendere le sue abituali occupazioni, evitando unicamente per alcuni giorni i lavori pesanti. Eviterà altresì per 7 – 10 giorni i rapporti sessuali, i bagni di mare e le lunghe esposizioni al sole; potrà invece proseguire la normale igiene quotidiana, andare dal parrucchiere ed eseguire un breve bagno o la doccia ogni giorno alla temperatura di 37°.

Evitare per tutto il periodo delle perdite ematiche l'uso degli assorbenti interni.

Ricordiamo che dopo l'aborto il ciclo è fertile e la data dell'ovulazione è difficile da calcolare, anche se spesso è spostata in avanti di una decina di giorni.

Dopo un aborto con il Karman il decorso è atipico, diverso da donna a donna. In genere vi sono per 4 – 5 giorni non consecutivi delle perdite di sangue simili a mestruazioni, nell'ordine di 2 – 6 assorbenti.

La caratteristica di queste perdite è l'estrema variabilità nel senso della quantità: a volte la donna in un giorno cambia solo 2 assorbenti e l'indomani nessuno o quattro; molto spesso l'emorragia cessa del tutto per ricominciare poi di nuovo.

In genere dopo circa una settimana tali perdite di sangue cessano completamente e la successiva mestruazione ritorna intorno al 40° giorno dopo l'intervento. Un 10% delle pazienti non presenta alcuna perdita di sangue nei giorni successivi all'aborto e, per quanto rientri nella normalità, molte donne si spaventano, perché collegano la riuscita dell'intervento all'entità dell'emorragia, un funesto ricordo di quando l'aborto veniva praticato dalle mammane introducendo nell'utero una sonda, il famigerato "laccio".

Un altro 10% delle donne lamenta invece uno stilloidio ematico per tutti i 40 giorni del decorso fino alla comparsa della prima mestruazione successiva (capo parto in miniatura). In questi casi bisogna distinguere il caso in cui le perdite sono molto scarse, 1 – 2 assorbenti al dì, dal caso in cui sono più abbondanti, 4 – 5 assorbenti al giorno, a volte accompagnate da febbre e dolori al basso ventre.

Nella prima evenienza si tratta di un decorso accettabile e la continuità delle perdite è dovuta ad una crescita disordinata della mucosa uterina; la situazione si normalizzerà dopo la prima mestruazione. Nel secondo caso ci si trova davanti ad una complicanza per la presenza di residui ovarici adesi alle pareti uterine. Si può assumere una condotta di attesa, somministrando regolatori del ciclo e contratturanti uterini, aspettando la prima mestruazione, dopo la quale quasi sempre tutto si regolarizza, oppure, se le perdite di sangue sono eccessive, bisognerà eseguire di nuovo lo svuotamento dell'utero passando a volte anche la curette sulle pareti per assicurarsi dell'assenza di materiale ovarico, che dopo tanti giorni spesso aderisce tenacemente alle pareti.

La persistenza di residui ovarici non sempre dipende dalla non perfetta esecuzione tecnica dell'intervento da parte del medico. Esistono infatti dei rari tipi di placentazione penetrante (incretata, accretata, percretata) nelle quali i villi coriali entrano profondamente alla ricerca del sangue materno nelle pareti uterine e non possono ragionevolmente essere estratti completamente con l'aspirazione, anche applicando correttamente la tecnica. Spesso è proprio la presenza di questa patologia la responsabile delle lunghe perdite di sangue, a volte 15 giorni dopo l'intervento. In questi casi l'analisi di gravidanza permane a lungo positiva, con valori di alcune centinaia di unità.

Terapia – La paziente comincerà subito dopo l'intervento ad assumere una terapia antibiotica

La tecnica dell'aspirazione secondo Karman

Scritto da Achille Della Ragione

Martedì 20 Ottobre 2009 19:37 - Ultimo aggiornamento Mercoledì 21 Ottobre 2009 14:31

per via orale, preferibilmente una tetraciclina e dei contratturanti uterini(Methergin) a gocce, entrambi per quattro giorni.

In caso di febbre oltre i 38° è necessario passare ad un antibiotico per via intramuscolo, riposo a letto e consultare al più presto il ginecologo.

In caso di forti dolori al basso ventre assumere un antispastico (Buscopan o Spasmex) a compresse o intramuscolo.

In caso di perdite di sangue superiori a 6 – 8 assorbenti al dì praticare mattino e sera una fiala di Methergin più una fiala di Sintocinon da 5 unità; applicare per alcune ore una borsa di ghiaccio al basso ventre, un po' più su della peluria pubica, avvisare subito il medico ed in caso di aumento dell'emorragia recarsi al più vicino ospedale.

Visita di controllo e contraccezione – Essa deve avvenire dopo dieci giorni ed è molto importante per instaurare un discorso contraccettivo, se non si è già provveduto in coincidenza con l'esecuzione dell'aborto, infatti nelle donne che hanno già partorito e che non presentano infiammazioni a carico dell'apparato genitale è possibile introdurre subito una spirale, mentre la pillola contraccettiva può essere assunta dal giorno successivo all'interruzione di gravidanza. Alla visita di controllo la donna si presenterà dopo aver ripetuto un test di gravidanza, che può essere eseguito anche se persistono perdite ematiche, una precauzione molto importante perché con il Karman, anche in mani molto esperte, soprattutto quando si interviene dopo pochi giorni di ritardo(evenienza sempre più frequente) e non si può adeguatamente controllare il materiale estratto, può essere possibile in 1 caso ogni 250 la prosecuzione della gravidanza. (Casistica segnalata dallo stesso Karman, sovrapponibile a quella del sottoscritto).

Questa evenienza, se scoperta in tempo può essere facilmente risolta ricorrendo ad una nuova aspirazione, altrimenti, se la donna non ripete il test o non si presenta al controllo, il persistere della gravidanza può avvenire con notevole ritardo.

La donna deve insospettirsi se dopo alcuni giorni persistono nausea, vomito o tensione al seno. La prosecuzione della gravidanza può dipendere da svariati motivi: gravidanza gemellare biovulare, presenza di fibromi sottomucosi o malformazioni della cavità uterina.

Nel corso della visita di controllo il medico fornirà la risposta del pap test e ne spiegherà l'importanza ai fini della prevenzione del cancro dell'utero, come pure inviterà la donna, dopo un attento controllo delle mammelle ed averle insegnato la tecnica dell'autoesame, a sottoporsi ogni anno agli esami strumentali necessari per uno screening del carcinoma mammario.

Si potrà altresì impostare una terapia di eventuali patologie a carico dei genitali e si approfondirà il discorso contraccettivo, profittando del momento psicologico favorevole, affinché il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza non abbia a ripetersi.

Achille della Ragione