

## La gravidanza dell'adolescente del 2000: cosa è cambiato in 10 anni?

A. PIZZO, I. BORRIELLI, N. DUGO, M.T. MASTROENI, A. DINATALE

**RIASSUNTO: La gravidanza dell'adolescente del 2000: cosa è cambiato in 10 anni?**

A. PIZZO, I. BORRIELLI, N. DUGO, M.T. MASTROENI, A. DINATALE

*Gli Autori riferiscono i dati relativi alla gravidanza e al parto di due gruppi di adolescenti, dal 1993 e del 2003.*

*Scopo del lavoro è stato quello di valutare i risultati ottenuti negli ultimi dieci anni nella popolazione adolescenziale attraverso gli ambulatori e i servizi territoriali al fine di migliorare l'evoluzione della gravidanza.*

*In realtà è stato dimostrato un notevole decremento di alcune patologie evidenti negli anni '90, ma purtroppo sono aumentate notevolmente le richieste di interruzione di gravidanza.*

*Gli Autori auspicano che siano incrementate le iniziative di educazione sessuale rivolte agli adolescenti.*

*Ribadiscono, infine, il concetto che nella scelta della modalità del parto, il ricorso al taglio cesareo nelle giovanissime dovrebbe essere quanto più possibile evitato.*

**SUMMARY: The teenpregnancy of 2000: what has been changed in the past 10 years?**

A. PIZZO, I. BORRIELLI, N. DUGO, M.T. MASTROENI, A. DINATALE

*The Authors report the results on the pregnancy and birth of two groups of adolescents born in 1993 and 2003. The goal of the work was to evaluate the results obtained, in the last 10 years, from the adolescents visited in the out-patients clinics and territorial health services to improve the progress of pregnancy.*

*It was demonstrated that there was significant decrease of some pathologies, very strong in '90 years, but unfortunately the requests for abortions have significantly increased. The Authors hope that sexual education initiative for adolescents would proliferate.*

*Finally, they confirm that caesarean section in very young girls be avoided, if possible.*

KEY WORDS: Adolescenza - Gravidanza.  
Adolescence - Pregnancy.

### Introduzione

Per adolescenza si intende quel periodo della vita compreso tra il compimento della pubertà e la piena maturità sia biologica sia psicosociale.

Pertanto si intende gravidanza in età adolescenziale quella insorta in un periodo che va dai 12 fino ai 24 anni, età in cui l'inizio di una gravidanza presenta sicuramente una serie di problematiche che ne spiegano i pesanti risvolti biologici, socioculturali, etici ed economici.

L'età adolescenziale ha inoltre importanti implica-

zioni sull'evoluzione della gravidanza, sull'esito del parto e sulla qualità di vita del neonato.

Per molti Autori la donna potrebbe diventare madre al più presto 5 anni dopo l'inizio delle mestruazioni (5° anno ginecologico); infatti, nel periodo post-puberale, ancora per alcuni anni, continua la crescita del cranio, del torace e in particolare del bacino, oltre all'evoluzione funzionale di organi già perfettamente costituiti e della psiche.

Poche sono le adolescenti seriamente motivate ad iniziare e/o portare avanti la gestazione e a partorire dovendo affrontare molteplici problemi di ordine fisico, psico-sociale e culturale.

Spesso infatti per una serie di circostanze, soprattutto all'inizio della gestazione, la ragazza rimane sola, non si rende conto del suo stato o inconsciamente lo rifiuta; a volte, anche per non affrontare l'ambiente

familiare, ritarda il ricorso al medico. I sentimenti di rabbia, ansia, vergogna e colpa, insieme all'ostilità degli ambienti più vicini, come la famiglia, gli amici e la scuola complicano una situazione di per sé già precaria e difficile.

Nella *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi* approvata dal Parlamento Europeo nel giugno 2002 si è visto che il tasso di gravidanze in età adolescenziale è generalmente in aumento nell'Unione Europea. Il tasso attuale è stimato tra 7 e 28 gravidanze ogni 1000 ragazze tra i 15 e i 19 anni; in Italia, così come in Svezia, Inghilterra e Galles, si registra il tasso più elevato (1).

Da un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, risulta che più della metà degli adolescenti intervistati non ha mai partecipato ad iniziative organizzate riguardanti la sessualità e la contraccezione, con notevoli differenze tra il Nord (38%) e il Sud (67%). Nella stessa indagine il 45% ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali incompleti, il 36% sostiene di non aver avuto nessun rapporto, solo il 18% ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi.

Si è inoltre visto che il tempo che intercorre tra i primi rapporti e l'inizio di una contraccezione valida è in media di un anno, per cui la metà delle gravidanze nelle adolescenti si verifica entro i primi 6 mesi di attività sessuale, non per libera scelta ma per errata condotta contraccettiva.

Nella maggior parte dei casi la gravida minorenne rispetto alla popolazione ostetrica è nubile e disoccupata, alcune si sposano con un matrimonio riparatore ed affrettato con aumentata incidenza di fallimenti, con instabilità del rapporto di coppia e dubbia capacità educativa della coppia (2).

Un terzo delle fanciulle frequenta la scuola, ma i 2/3 la lasciano alla scoperta della gravidanza.

Il contesto sociale è mediocre e si ritrovano problematiche sociali nella famiglia di origine.

In Italia il 54% delle donne che partorisce sotto i 17 anni e il 33% delle donne che partorisce tra i 21 ed i 24 anni appartiene ad un ceto sociale medio-basso.

La gravidanza nelle giovani donne determina fenomeni di notevole importanza, tanto da essere considerata "ad alto rischio". Si può evidenziare infatti una più elevata percentuale di complicanze materne e fetali legate alle condizioni socio-sanitarie in cui la gravidanza decorre; se però questa viene adeguatamente assistita, con ottimale monitoraggio materno-fetale, sono stati riportati anche casi di giovanissime (tra i 12 e i 14 anni) che hanno partorito in maniera fisiologica neonati a termine, perfettamente sani e di peso normale (3).

Solo alcuni aspetti di potenziali rischi materni e fetali legati all'età vanno comunque presi in considerazione (4).

Le complicanze possibili che vanno valutate sono:

- Più alta frequenza di aborti spontanei rispetto alle donne più adulte, fenomeno da ricercare nell'iploplasia uterina e nell'imaturità del sistema riproduttivo, specialmente se pazienti di età inferiore ai 15 anni (5).
- Insorgenza di una gravidanza molare con una frequenza lievemente superiore alla media, con un rischio relativo di 1,5 assumendo uguale a 1 quello delle pazienti con età superiore ai 25 anni.
- Più alta incidenza di difetti del tubo neurale (anencefalia, spina bifida, encefalocele) nella popolazione adolescenziale (1:1000 rispetto ad 1:2000 nei soggetti adulti), forse in rapporto ad un'alimentazione più carente di frutta e verdura consumate crude; infatti rara è la possibilità di una profilassi efficace con somministrazione di 4 mg/die di acido folico da 30 giorni prima del concepimento e per tutto il primo trimestre in gravidanze non pianificate.
- La minaccia di parto pretermine interessa il 22-42% delle adolescenti e, nonostante l'instaurarsi dei presidi terapeutici, l'incidenza di parto pretermine è due volte superiore rispetto alle donne adulte; questo costituisce uno dei fattori di rischio più alti per il feto.
- Più basso è il rischio in età adolescenziale di diabete gestazionale stimato con una prevalenza inferiore allo 0,7%. Comunque è indicato eseguire la mini curva da carico di glucosio intorno alla 28<sup>a</sup> settimana che, se alterata, potrebbe essere predittiva di macrosomia fetale.
- Ritardo di crescita intrauterina e preeclampsia sono fattori di rischio nell'adolescenza dovuti ad un mancato adattamento cardiovascolare alla gravidanza (ad esempio, basso BMI al momento del concepimento). Fondamentale è la precoce individuazione delle pazienti a rischio, con l'ausilio nel secondo trimestre dell'ecografia con flussimetria Doppler, con valutazione degli indici di resistenza e pulsatilità e con il monitoraggio di parametri dell'espansione del volume plasmatico (ematocrito, proteine totali, creatinina, acido urico) la cui assenza è indicatore di rischio con un'alta sensibilità.
- Patologie del travaglio di parto si possono avere per immaturità uterina e soprattutto per incompleto sviluppo del bacino.

## Materiali e metodi

Sono state prese in considerazione tutte le gravide adolescenti (di età compresa tra 14 e 24 anni), che si

sono ricoverate nel nostro Dipartimento dall'1 gennaio al 31 dicembre 2003 (in totale 325).

Abbiamo confrontato questi dati relativi al decorso e agli esiti della gravidanza con quelli delle gravide adolescenti ricoverate nel nostro Istituto nell'anno 1993 (n. 403).

Scopo del nostro studio è stato quello di confrontare i nostri dati con quanto riportato in letteratura ed eventualmente evidenziare se il lavoro svolto negli ultimi anni con le adolescenti all'interno del nostro ambulatorio e attraverso i contatti con le scuole e i consultori della città avesse avuto delle conseguenze positive sull'andamento della gravidanza e sul corretto utilizzo dei mezzi contraccettivi.

## Risultati

I Grafici 1 e 2 riportano le motivazioni al ricovero delle gravide adolescenti nel 1993 e nel 2003.

Ciò che emerge in maniera significativa è la diminuzione dei ricoveri per parti dal 1993 (63%) al 2003 (46%) e l'aumento delle IVG (15% nel 1993 e 29% nel 2003).

Diminuiti sono anche i ricoveri per aborto spontaneo (8% nel 1993, 4% nel 2003), mentre praticamente invariate sono le malformazioni fetali e la patologia puerperale.

Nel 2003 compare anche una moderata percentuale di adolescenti che necessitano di cerchiaggio cervicale.

Quest'ultimo dato, potrebbe essere la conseguenza di più attenti controlli ecografici pre-concezionali che fanno evidenziare malformazioni uterine di varia natura.

I grafici 3 e 4 relativi alla patologia del I trimestre dimostrano come sia avvenuto un notevole decremento delle patologie associate alla gravidanza dal 1993 al 2003: infatti si sono ridotte le complicanze abortive, le gravidanze extrauterine mentre altre patologie (infezione rubeolica, coliche renali, algie pelviche, cisti ovariche) sono del tutto scomparse.

Degno di nota è rilevare un discreto numero di iperemesi gravidica che non era presente nel 1993: è probabile che ciò sia il segno di una maggiore consapevolezza delle adolescenti del 2003, dal momento che tra i meccanismi patogenetici che stanno alla base della iperemesi occupano un posto di rilievo i problemi psicologici.

L'analisi dei dati relativi alla patologia del II trimestre (Grafici 5 e 6) dimostra che negli anni '90 venivano ricoverate molte patologie che dal 2003 in poi vengono seguite più opportunamente in ambulatorio.

Inoltre sono presenti nel '93 grosse patologie (utero bicorni, malformazioni fetali, morte endouterina del feto, patologie genetiche fetali) che non compaio-

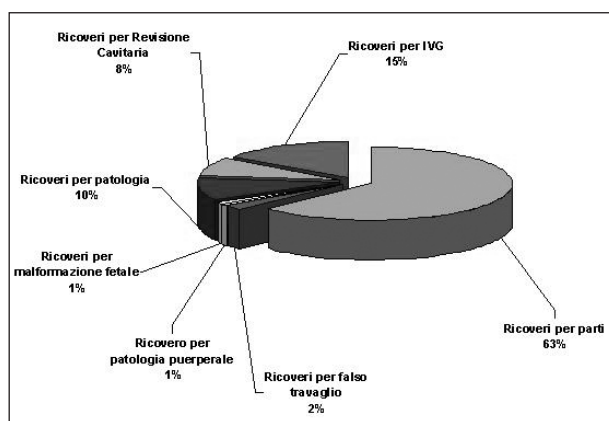


Grafico 1 - Ricoveri 1993.

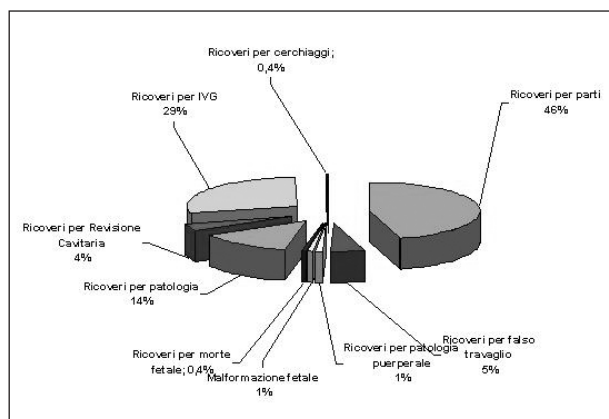


Grafico 2 - Ricoveri 2003.

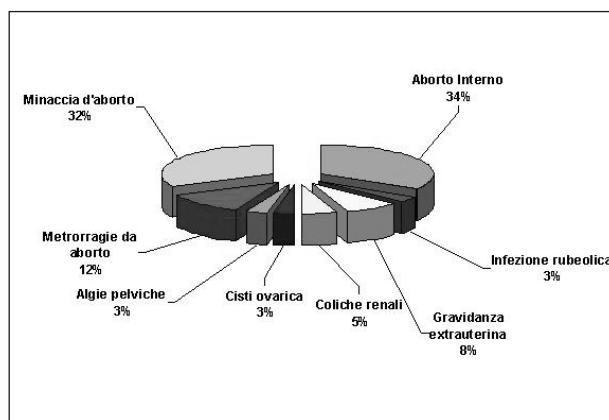


Grafico 3 - Patologia I trimestre 1993.

no nel 2003, epoca in cui permangono caratteristicamente le complicanze della gravidanza legate per lo più a cause infettive (aborto tardivo e parto prematuro).

Infine l'analisi dei dati relativi alla patologia del III trimestre (Grafici 7 e 8) dimostra che sono diminuite

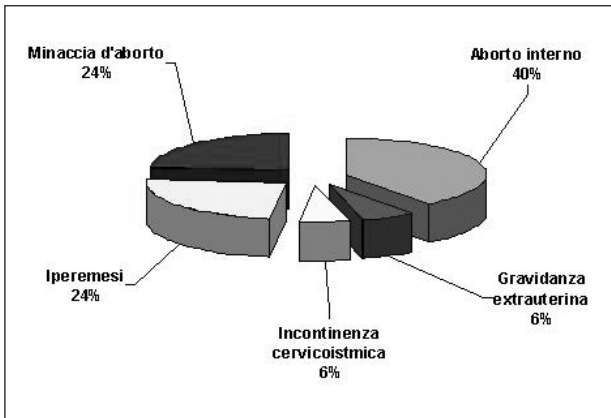


Grafico 4 - Patologia I trimestre 2003.

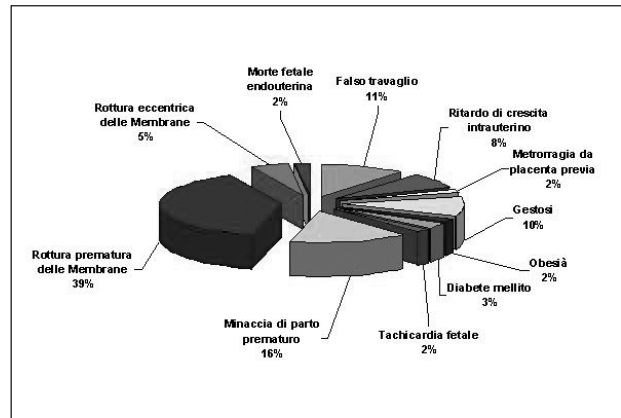


Grafico 7 - Patologia III trimestre 1993.

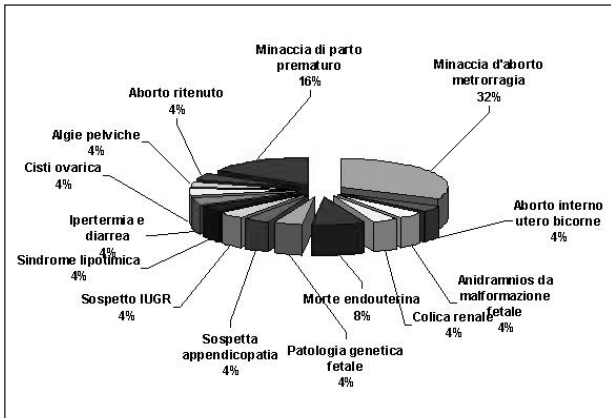


Grafico 5 - Patologia II trimestre 1993.

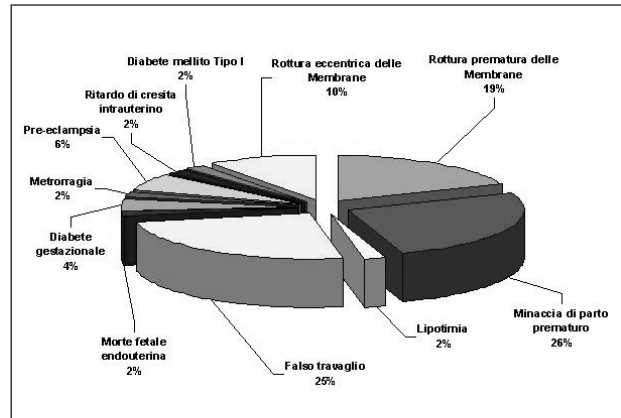


Grafico 8 - Patologia III trimestre 2003.

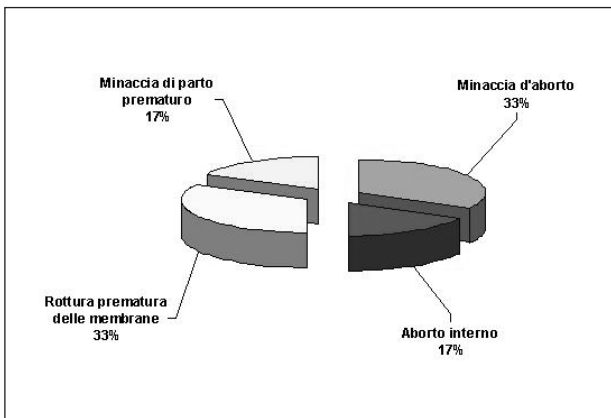


Grafico 6 - Patologia II trimestre 2003.

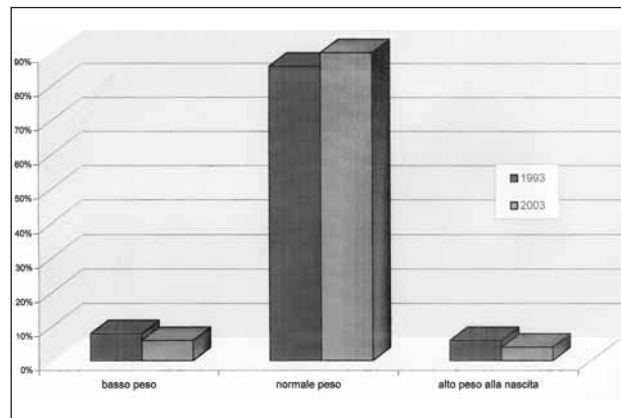


Grafico 9

patologie come la gestosi, il ritardo di crescita, la rottura prematura delle membrane, il diabete mellito.

La comparsa nel 2003 del diabete gestazionale è probabilmente legata all'abitudine di sottoporre le adolescenti alla minicurva da carico orale di glucosio,

abitudine che non si aveva dieci anni fa. Il controllo più accurato delle adolescenti negli ultimi anni è dimostrato anche dalla scomparsa dell'obesità presente nel 1993.

Il Grafico 9 dimostra che nel 2003 i nati con peso

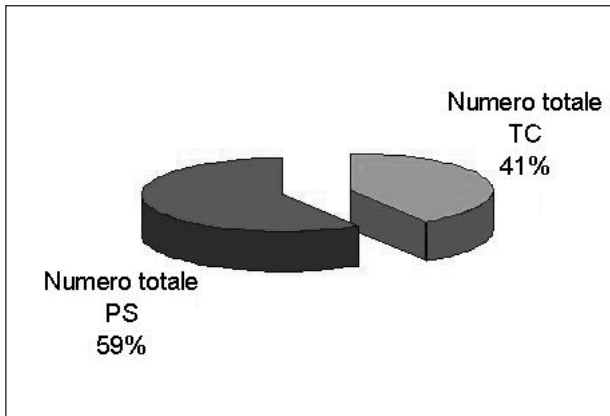


Grafico 10 - Tipo di parto 2003.

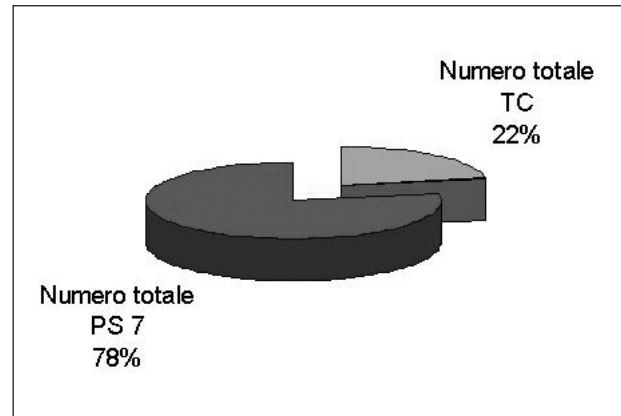


Grafico 11 - Tipo di parto 1993.

normale sono stati in maggior numero rispetto al 1993. Anche questo dato è conseguenza di una migliore assistenza alle gravide adolescenti.

Purtroppo sono aumentati nel 2003 i tagli cesarei rispetto al 1993 (Grafici 10 e 11) e questo dato concorda con la tendenza dell'aumento della via laparotomica che si è avuta negli ultimi dieci anni nel nostro Dipartimento.

Questo dato dovrebbe invitare tutti i medici ad una più attenta riflessione sulla scelta della modalità di parto, tenendo presente il dato che una isterotomia, anche se eseguita con tecnica corretta, sarebbe da evitare il più possibile in una adolescente.

## Discussione e conclusioni

I nostri dati sono simili a quelli della più recente letteratura che dimostra come la patologia ostetrica nell'adolescente in Italia sia realmente diminuita (6).

Tuttavia il problema della gravidanza nell'adolescente è ancora aperto.

Lo testimonia purtroppo il numero elevato di interruzioni volontarie di gravidanza richiesto dalle giovani donne, che spesso si trovano impreparate ad affrontare un repentino e non pianificato cambiamento di vita.

Pertanto la gravidanza nell'adolescente resta un

problema sociale più che biologico.

L'esperienza di un aborto volontario rappresenta comunque una cicatrice profonda che può avere ripercussioni a lungo termine sia nella vita di relazione, sia nell'evoluzione di una nuova gravidanza, scelta consapevole, ma viziata da complicità che possono emergere a distanza.

Ciò significa che non saranno mai abbastanza tutte le iniziative intraprese, a qualsiasi livello, per informare gli adolescenti sul corretto uso della contraccezione.

È probabile, infatti, che una ulteriore selezione delle giovani basata sulla reale volontà di avere una gravidanza, possa ancora di più diminuire l'incidenza delle patologie ostetriche più frequenti.

Infine, va ribadito fortemente il concetto di evitare quanto più possibile il ricorso al taglio cesareo nelle adolescenti.

È noto infatti, che nelle giovanissime l'angustia di bacino può essere compensata dalla maggiore mobilità ed elasticità delle articolazioni pelviche e dalla possibilità di diastasi della sinfisi pubica e sacroiliaca.

Inoltre, è noto anche che generalmente verso i 15-16 anni il bacino di una ragazza che abbia avuto il menarca in epoca fisiologica, per le rapide e più precoci, rispetto al passato, modificazioni accrescitive a cui è andato incontro, è pervio ad un feto a termine (7).

## Bibliografia

1. VAN LANCKER AEM. *Relazione sulla salute e diritti sessuali e riproduttivi. Diritti della donna e le pari opportunità*. Parlamento Europeo; 2002.
2. LEE KS, FERGUSON RM, et al. *Maternal age and incidence of low birth weigh a term: a population study*. Am J Obstet Gynecol 1988;158:84.
3. COSMI EV, CUSTO GM, et al. *La gravidanza nella minorenne*. Giorn Ital Ostet Ginecol. n° 449, 1985.
4. RYAN GM, SWEENEY PJ, et al. *Prenatal care and pregnancy outcome*. Am J Obstet Gynecol 1980;137:877.
5. MERIALDI A. *La fertilità nell'adolescenza*. Gin Inf Adol 1989;5:43.
6. BRUNI V, DEI M. *Ginecologia dal periodo neonatale all'età evolutiva*. SEE, Firenze 2000.
7. MOERMAN ML. *Growth of the birth canal in adolescent girls*. Am J Obstet Gynecol 1982;143:528.