

La sindrome di Asherman quale complicanza da Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG): responsabilità professionale e profili giuridici.

di Susanna Agostini*, Alessandro Eramo**, Alessandro Feola*, Luigi Tonino Marsella**

Il tema della responsabilità professionale è sempre di attualità in medicina sia in ambito clinico che in ambito chirurgico. Il caso che sarà descritto in seguito riguarda la vicenda di una giovane donna che si reca in un Ospedale romano per eseguire una Interruzione Volontaria di Gravidanza e che a causa dell'intervento di isterosuzione perde la capacità di procreare. Il giorno 22 settembre 2000 la Signora A.L., una donna di 34 anni, si reca in un Ospedale romano per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) mediante Isterosuzione. Dalla cartella clinica, risulta in età gestazionale di nove settimane, le mestruazioni sono sempre state regolari per ritmo, flusso e durata, non risultano inoltre precedenti gravidanze o aborti. Nei giorni 16 ottobre 2000 e 21 dicembre 2000 A.L. si reca nel Pronto Soccorso dello stesso Ospedale per una sintomatologia dolorosa addominale e viene sottoposta agli approfondimenti del caso: il 16 ottobre risultava: « ... Anamnesi: dolori addominali ... diagnosi: algie addominali di n.d.d. ... esami ematochimici ... », similmente il 21 dicembre risultava: « ... Anamnesi: diversi giorni dolenzia in reg. pelvica ... obiettività: addome trattabile, lievemente dolente alla palpazione profonda, peristalsi presente e valida ... diagnosi: colica pelvica ... ». Nei mesi successivi, la signora si sottopone periodicamente ad analisi ematochimiche presso diverse strutture, dai cui referti risulta una marcata alterazione dei normali valori di prolattinemia***. Nello specifico, nel periodo dicembre 2000 – gennaio 2001 si registrano valori oscillanti tra 105,9 ng/ml 99,63 ng/ml, mentre successivamente ovvero dall'aprile al luglio 2001 si riscontrano valori da 54.8 ng/ml a 69.6 ng/ml. Il 7 novembre A.L. si reca presso un Centro di Medicina preventiva per sottoporsi a visita ginecologica, da cui risulta: « ... Papanicolau 2 ... flora batterica mista, discreta flogosi, cervicite ... », e ad analisi ematochimiche, che evidenziano una modesta flogosi. Tra il novembre 2001 – gennaio 2002 i valori della prolattinemia si mantengono nel *range* della norma tranne in un'occasione in cui si registra un picco di

* Dipartimento di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Roma "Sapienza".

** Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

*** Il normale valore della prolattinemia è compreso nella donna tra donna 2.0-27.0 ng/ml.

123,0 ng/ml. Nello stesso periodo veniva eseguito un esame ecotomografico pelvico che descrive: « ... Ecopattern endometriale di tipo proliferativo iniziale (spessore massimo mm. 5). Entrambe le ovaie appaiono nella norma per tutti i caratteri; in particolare a carico dell'ovaio sinistro si documenta formazione transonica di mm. 18x13 di verosimile significato funzionale ... ». Successivamente a tale periodo, la paziente in amenorrea dal periodo post-abortivo, si sottopone a visite specialistiche ginecologiche che mettono in evidenza una infezione persistente a carico dell'utero, tanto che il 13 febbraio 2002, A.L. si reca in un Ospedale per esame isteroscopico che evidenzia: « ... Canale Cervicale: Stenotico, orifizio istmico serrato che impedisce l'accesso in cav. ut. ... », per tale motivo il 14 marzo 2002 si ricovera in regime di day hospital presso la medesima struttura per effettuare resezione isteroscopica da cui: « ... con l'ottico isteroscopico si visualizza un canale cervicale e una cervice uterina completamente fusi. L'endometrio appare atrofico. Biopsia con cannula ... per eventuale esame istologico. Blocchi tubarici non visualizzabili ... Esame Istologico in data 29/03/2002 ... diagnosi: frammenti di endometrio funzionalmente irregolare, con prevalenti aree di tipo secretivo ... ». Dal giorno 8 maggio 2002 al 29 maggio 2002 la paziente viene ricoverata presso una Casa di Cura per ricovero in regime di day hospital da cui: « ... diagnosi di ammissione: amenorrea ... 15/05/2002: Intervento di Isteroscopia con Biopsia: ... canale cervicale regolare con sinechie fibrose che vengono lisate con l'ottica. Cavità uterina di morfologia regolare rivestita di endometrio sottile. Si esegue biopsia ... 17/05/2002: ... Biopsia Endometrio: ... minuto frammento di endometrio con focali aspetti atrofici ... Diagnosi di Dimissione: Amenorrea secondaria, lisi sinechie endouterine ... ». A causa del persistere dello stato di amenorrea il 5 maggio 2003 la signora A.L. si ricovera presso un altro Ospedale romano dalla cui cartella clinica si evince quanto segue: « ... Diagnosi di Ingresso: Iperprolattinemia ... Videat Ginecologico: la paziente riferisce di aver effettuato un'isteroscopia nel Maggio 2002 per la rimozione di sinechie intrauterine (in occasione dell'interruzione volontaria di gravidanza). Dall'IVG, la pz. riferisce cambiamento radicale delle caratteristiche del ciclo mestruale che ha assunto caratteri di spotting, non accompagnato da dolore... Isteroscopia operatoria: ... biopsia: endometrio con focali aspetti atrofici. Si esegue un controllo ecografico con sonda TV ... endometrio ca. 4 mm. Il quadro clinico depone per Sindrome di Asherman. Si esegue Pap-test ... Consulenza psichiatrica : la pz. accede volontariamente al colloquio

che è centrato sulle problematiche legate all'IVG. La pz. fa risalire a quella data umore irritabile ai limiti dell'esplosività, tristezza, facilità al pianto, aumento di peso, senso di rabbia contro sé stessa, presenta un temperamento ipertimico, necessita terapia normotimizzante ... Diagnosi di Dimissione: Iperprolattinemia ... Diagnosi Secondarie e Complicanze: Atrofia Endometriale con Sinechie, Amenorrea secondaria, Temperamento Ipertimico ... ». Nuovamente a causa della patologia uterina A.L. si ricovera presso una Casa di Cura dal giorno 18 giugno 2003 al giorno 20 giugno 2003, dove si venivano eseguiti gli accertamenti e le terapie del caso: « ... 19/06/2003: Intervento di Isteroscopia in narcosi e Sinechiolisi Isteroscopica ... con isteroscopia ottica si procede ad isteroscopia in narcosi: canale cervicale indenne in spiccata antiversione dx. con sinechie istmiche che vengono lisate. Cavità uterina morfologicamente normale e volumetricamente ridotta. Endometrio indenne ... Biopsia endometriale: ... Osti tubarici indenni ... 26/06/2003 ... Referto Istologico: frammenti multipli di tessuto endometriale con i caratteri istologici dell'iperplasia ghiandolare semplice ... ». Ad inizio 2004, la signora A.L. si sottopone a ricovero presso una Casa di Cura, ove viene eseguito un *follow up* chirurgico delle aderenze con l'isteroscopia di Hamou I. Purtroppo, nonostante i trattamenti ripetuti per rimuovere le sinechie e facilitare la ripresa del ciclo normale, questo non avveniva per cui, il 1 febbraio 2005, si sottopone ad un trattamento chirurgico per la dilatazione uterina. Ad A.L. viene eseguito tale trattamento ovvero la dilatazione dell'utero con il catetere di Foley attraverso una isteroscopia ottica e successiva istrerosalpingografia. Questa procedura viene periodicamente ripetuta fino al novembre 2009. La signora A.L. lamenta per tutto il periodo considerato, l'assenza di cicli mestruali, se non stimolati chirurgicamente mediante introduzione di un palloncino, riferisce, altresì, l'impossibilità a sviluppare una gravidanza e in ultimo un severo stato depressivo, in relazione al vissuto traumatico ed alle sequele disfunzionali residue. Avendo esposto i fatti è d'uopo argomentare circa la patologia della paziente e circa gli interventi cui si è sottoposta nel corso della sua vicenda clinica per meglio chiarire le problematiche medico-legali del caso. Con il termine interruzione di gravidanza si indica la cessazione del fisiologico processo della gestazione prima del termine naturale indipendentemente dalla causa dell'interruzione e dal destino del prodotto del concepimento. Dunque clinicamente nell'ambito dell'interruzione di gravidanza si possono individuare: l'aborto ostetrico, il parto prematuro, il parto precoce e la morte intrauterina del feto

nel terzo trimestre. Attualmente in Ostetricia si definisce come aborto l'interruzione della gravidanza prima del completamento della 22a settimana di gestazione (154 giorni)*¹. Si definisce parto prematuro o nascita pretermine nel caso di un parto che si verifichi prima della 37a settimana di gestazione compiuta. L'aborto può avvenire per cause naturali (aborto spontaneo) o essere provocata artificialmente (aborto traumatico, criminoso o su base tossica), è spontaneo quando l'interruzione di gravidanza è dovuta a cause interne o patologiche, che possono essere di origine materna (malattie infettive, malattie genitali etc ...), ovariali (patologia degli annessi o del feto) o paterna². I meccanismi con cui si verifica l'aborto spontaneo sono principalmente la morte endouterina del feto o il distacco dell'uovo; la massima incidenza dell'aborto spontaneo si ha tra il 2° e il 3° mese e se ne può accertare l'evenienza mediante una ecografia. Il quadro clinico può essere variabile e se ne possono distinguere tre principali: l'aborto completo quando c'è l'espulsione sia del feto che della placenta, l'aborto incompleto quando una parte del prodotto del concepimento viene ritenuta in utero e l'aborto interno quando il prodotto del concepimento morto viene riassorbito e quindi l'embrione rimane nell'utero con la cervice perfettamente chiusa, dunque non si ha più il battito cardiaco e l'evento è del tutto asintomatico³. Il più delle volte la risoluzione è spontanea, solo occasionalmente si hanno emorragie o infezioni inoltre grazie allo sviluppo di metodiche strumentali come l'ecografia ed esami di laboratorio come la determinazione dei valori della β -hCG è possibile diagnosticare l'aborto prima dell'espulsione naturale**. Per l'aborto interno sono due le scuole di pensiero: attendere l'espulsione spontanea del prodotto del concepimento, oppure dato che l'attesa per l'espulsione spontanea può rappresentare una fonte di stress per la donna, si può ricorrere a mezzi

* La Società Italiana di Medicina Perinatale definisce come aborto un evento clinico che in seguito ad un inizio spontaneo del travaglio a qualsiasi stadio dopo l'impianto porta all'espulsione parziale o completa del prodotto del concepimento, nel quale il feto se presente pesa 499 grammi o meno o, qualora il peso sia sconosciuto la gravidanza è durata meno di 22 settimane complete o la lunghezza vertice-tallone del feto è minore di 25 cm..

¹ Macchiarelli L., Arbarello P., Di Luca N.M., Feola T. Medicina Legale, II edizione, Edizioni Minerva Medica Torino, 2005

² *Idem*

³ *Idem*

** Per comprendere la natura del materiale espulso o estratto lo si immerge in una bacinella piena d'acqua e il materiale ovariale apparirà arborescente per la presenza di villi, mentre il tessuto deciduale rimarrà compatto.

medici o chirurgici* per accelerare l'espulsione dell'embrione⁴. In Italia con la legge 194 del 22 maggio 1978* è consentita l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), detta anche aborto provocato, tale procedura consiste nell'interruzione dello sviluppo dell'embrione o del feto e nella sua rimozione dall'utero della gestante. In base al periodo di gestazione in cui si effettua, per indurre l'aborto, si possono usare metodologie diverse, a scelta del ginecologo. Sino a 72 ore dal rapporto sessuale, dunque prima dell'impianto dell'embrione, si utilizzano delle metodiche dette "post-coitali", tra queste i più utilizzati sono gli "intercettori ormonali", soprattutto gli estro progestinici contenuti nella pillola contraccettiva oppure estrogeni singolarmente⁵. Fino al 42° giorno di amenorrea, cioè quando l'embrione si è già annidato, viene usata la tecnica dell'aspirazione senza alcuna dilatazione del canale cervicale e senza anestesia generale⁶. Tra il 43° giorno e l'8a settimana di gestazione si usa il metodo dell'aspirazione, ma con una limitata dilatazione cervicale mediante Hegar (fino al n°8)⁷. Tra la 9a e la 12a settimana**, come è avvenuto nel caso della signora A.L., si procede all'IVG prima con dilatazione cervicale mediante Hegar (fino al n°12) poi con l'aspirazione endouterina, talvolta associata all'uso della pinza ad anelli per meglio svuotare la cavità, infine l'intervento viene terminato con la revisione della cavità uterina mediante cucchiaio smusso⁸. La situazione cambia quando l'IVG viene eseguita tra la 13a e la 15a settimana***, in questa fase sono più frequenti le complicanze e l'aspirazione endouterina non riesce a svuotare completamente l'utero dunque utilizza l'infusione di analoghi delle prostaglandine⁹. Tra la 16a e la

* Se il volume dell'utero è minore di quello atteso per 12 settimane di gestazione si procede con la dilatazione del canale cervicale con dilatatori di Hegar e poi con lo svuotamento della cavità uterina mediante aspirazione con cannula di Karman o pinza ad anelli. In tutti i casi la paziente deve essere ricontrollata dopo 2 o 3 giorni mediante visita ostetrica con eventuale ecografia.

⁴ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

* L194/78 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

⁵ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

⁶ *Idem*

⁷ *Idem*

** Nei casi di IVG fino alla 12a settimana si parla di aborto precoce.

⁸ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

*** Nei casi di IVG tra la 13a e la 15a settimana si parla di aborto tardivo.

⁹ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

22a settimana di età gestazionale si utilizza un'iniezione endovenosa di un analogo sintetico della Prostaglandina E (PGE) che stimola le contrazioni uterine e dilata la cervice¹⁰. Dopo la 22a settimana di età gestazionale il feto raggiunge la vitalità cronologica per cui ai sensi della legge 194/78 l'IVG può essere praticata solo adottando ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto¹¹. Nel caso specifico della signora A.L. l'IVG è stata praticata mediante isterosuzione, tale atto operatorio, di cui non risulta descrizione nella cartella clinica, si caratterizza nell'aspirazione con una cannula di tutto il materiale abortivo dopo di che si utilizza la *urette metallica* che rimuove la decidua all'interno della cavità uterina¹³. Questo tipo di intervento in letteratura viene ampiamente descritto e data la sua diffusione viene considerato come un intervento molto praticato* in ambito ginecologico, con conseguenze rarissime. Talvolta però qualora la manovra con la *urette metallica* venga eseguita in modo troppo energico e si superi lo strato basale dell'endometrio, non avviene più una rigenerazione adeguata e può realizzarsi il quadro della sindrome di Asherman e tale appare la condizione venutasi a creare nello specifico caso. La Sindrome di Asherman è una patologia caratterizzata dall'ostruzione della cavità uterina da parte di un tessuto cicatriziale. A livello anatomopatologico lo stroma endometriale viene sostituito in larga misura da tessuto fibroso e le ghiandole presenti nell'endometrio vengono sostituite da epitelio cubo-colonnare inattivo di tipo endometriale¹⁴; la distinzione tra strato basale e strato funzionale dell'endometrio viene meno, lo strato funzionale è sostituito da un unico strato epiteliale, che non risponde alla stimolazione ormonale e si formano delle sinechie all'interno della cavità uterina. In altri casi è stata riscontrata la calcificazione o addirittura l'ossificazione dello

¹⁰ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

¹¹ Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009

¹³ Zanoio L. Trattato di tecnica chirurgica, chirurgia ginecologica e ostetrica, Piccin, Padova 2002

* In Italia nel 2000 le IVG sono state 130162 ed in particolare nel Lazio 13799, nella fascia di età di età tra i 30 e i 34 anni, nel caso specifico A.L. al momento dell'IVG aveva 34 anni, circa 14 donne su 1000 hanno fatto una IVG nel Centro Italia (fonte ISTAT). Nel 2000 circa il 90,6% delle IVG è stato effettuato in un Istituto pubblico, il 9,1% in una Casa di Cura e lo 0,3% in ambulatorio. L'isterosuzione risulta la metodica più utilizzata e nel 2000 la degenza era nel 83,1% minore di 1 giorno, nel 12,2% 1 giorno e nel 4,7% maggiore di 2 giorni (fonte Ministero della Salute).

¹⁴ Buckley CH. Normal endometrium and non-proliferative conditions of the endometrium. In: Fox H, Wells M, eds. Obstetrical and gynaecological pathology, 5th ed. London: Churchill Livingstone, 2002: 391-442

stroma con ghiandole scarse e inattive oppure con dilatazione cistica. Nella maggior parte dei casi il tessuto diventa avascolare, raramente vascolarizzato¹⁵. Le aderenze che si formano possono contenere differenti strati di endometrio, miometrio o tessuto connettivo e a seconda del tessuto da cui sono formate mostrano un particolare aspetto isteroscopico. Il trauma ad una cavità uterina gravidica è considerato la causa principale nell'etiopatogenesi della sindrome di Asherman, può essere indotto da un curettage uterino nel postpartum, dopo un aborto spontaneo o al termine di una gravidanza, oppure da un parto cesareo¹⁶. In una review sull'argomento¹⁷ è stato evidenziato che il 66,7% delle sindromi di Asherman insorgono dopo curettage eseguito in seguito a IVG o aborto spontaneo, il 21,5% dopo curettage eseguito nel postpartum, il 2% dopo parto cesareo e lo 0,6% dopo evacuazione di mole idatiforme. La maggior incidenza della sindrome in donne che hanno subito IVG è dovuto al fatto che durante il raschiamento per eliminare il prodotto abortivo si utilizza la *curette* che rimuove la decidua all'interno della cavità uterina. Qualora la manovra con la *curette* venga eseguita in modo troppo energico e si superi lo strato basale dell'endometrio, non avviene più una rigenerazione adeguata dello stesso causando la Sindrome di Asherman. I traumi ad un endometrio non gravidico, come un curettage diagnostico, una biopsia cervicale o una polipectomia, possono esitare in sindrome di Asherman, ma in una percentuale molto esigua di casi¹⁸. La formazione di sole aderenze, ma non di sindrome di Asherman, invece può essere correlata con l'ablazione endometriale. L'incidenza della formazione di aderenze in donne trattate con ablazione termica con palloncino è del 36,4%¹⁹. Nella sindrome di Asherman le anomalie del ciclo mestruale, ipomenorrea e amenorrea, sono i sintomi clinici più frequenti, occasionalmente può presentarsi dismenorrea. L'amenorrea può essere causata dal fatto che le aderenze formatesi nella porzione cervicale dell'utero bloccano il flusso mestruale oppure dal fatto che la severa fibrosi endometriale porti distruzione dello

¹⁵ Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

¹⁶ Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

¹⁷ Schenker JG, Margalioth EJ, Intrauterine adhesions: an updated appraisal. Fertil Steril 1982;37:593-610.

¹⁸ Schenker JG, Margalioth EJ, Intrauterine adhesions: an updated appraisal. Fertil Steril 1982;37:593-610.

¹⁹ Leung PL, Tam WH, Yuen PM. Hysteroscopic appearance of endometrial cavity following thermal balloon endometrial ablation. Fertil Steril 2003;79:1226-8.

strato basale dell'endometrio²². Inoltre, l'ostruzione meccanica dell'orifizio cervicale interno, causata dalle aderenze, può portare ad amenorrea secondaria, *disconfort* periodico o dolore, sanguinamento uterino o sanguinamento dalle tube²³. L'infertilità come conseguenza della sindrome di Asherman, secondo uno studio condotto da Schenker e Margalioth²⁴ (8) è presente nel 43% dei casi. La causa più probabile di questa infertilità va ricercata nell'alterazione della normale anatomia degli osti tubarici, della cavità uterina, o del canale cervicale causata dalle aderenze. Tali aderenze ostacolano infatti il passaggio degli spermatozoi oppure l'impianto dell'embrione²⁵. Mentre una massiccia formazione di aderenze può dar luogo a infertilità, una forma più moderata può dar luogo a aborti ripetuti, ciò può essere dovuto: ad un restringimento della cavità uterina causato dalle sinechie, ad una mancanza di un quantitativo di tessuto endometriale tale da supportare l'impianto e lo sviluppo della placenta oppure una vascolarizzazione insufficiente del tessuto endometriale residuo a causa della fibrosi²⁶. Qualora una donna con sindrome di Asherman rimanga incinta si possono anche verificare complicanze della gravidanza: aborto spontaneo, parto prematuro, placenta accreta e gravidanza ectopica. La diagnosi di sindrome di Asherman si basa sull'isteroscopia, tale metodica se comparata con gli altri test radiologici può confermare con più accuratezza la presenza, l'estensione e il grado delle sinechie, inoltre, potendo ispezionare direttamente la cavità uterina, può fornire una misura della qualità dell'endometrio. Qualora non fosse possibile eseguire un'isteroscopia a causa di una importante obliterazione della cavità devono essere utilizzate la Risonanza Magnetica Nucleare oppure l'Ultrasonografia²⁷. Il trattamento della sindrome di Asherman comprende una terapia della patologia e una terapia per prevenire le recidive. Il trattamento di scelta della sindrome di Asherman è la lisi isteroscopica delle sinechie, metodica minimamente invasiva e che consente di operare avendo

²² Letteries GS, Structural abnormalities of the uterus: intrauterine adhesions. In Letteries GS, ed. Structural abnormalities and reproductive failure: effective techniques for diagnosis and management. Malden, MA; Blackwell Science, 1998;251-73.

²³ Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

²⁴ Schenker JG, Margalioth EJ, Intrauterine adhesions: an updated appraisal. Fertil Steril 1982;37:593-610.

²⁵ Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

²⁶ Polishuk WZ, Sadowsky E., A syndrome of recurrent intrauterine adhesions. Am J Obstet Gynecol 1975;123:151-8.

²⁷ Op. Cit sub 25

una diretta visione. Tale trattamento si attua utilizzando lame o pinze da biopsia, che hanno il vantaggio di permettere la dissezione ed escludere le complicanze correlate all'utilizzo di fonti di energia^{28 29}, le quali pur permettendo un taglio più preciso e una buona emostasi, possono causare più facilmente danni all'endometrio^{30 31}. Altre complicanze generali della chirurgia isteroscopica possono essere il sanguinamento, la perforazione dell'utero e l'infezione pelvica. Onde evitare le recidive che nella sindrome di Asherman si presentano dal 3,1% al 23,5% dei casi³², è necessaria una terapia preventiva utilizzando il catetere di Foley. Tale metodica prevede l'introduzione di un catetere con palloncino gonfiato, all'interno dell'utero per alcuni giorni dopo la lisi delle sinechie, che mantiene separate le opposte pareti uterine³³. La prognosi delle donne con sindrome di Asherman che si sottopongono a terapia isteroscopia è buona: circa il 74% riesce poi a concepire e di questa percentuale circa il 79% riesce a portare a termine con successo la gravidanza³⁶. Come sottolineato in precedenza le problematiche connesse alla comparsa di irregolarità dei cicli mestruali e della difficoltà nel concepire hanno avuto il loro *primum movens* nel periodo successivo all'interruzione volontaria di gravidanza, infatti, come confermato dalla documentazione medica è proprio da quel periodo che la paziente ha iniziato a manifestare una intensa sintomatologia addominale, associata alla comparsa di cicli irregolari nonché ad una sostanziale condizione di infertilità*. La diagnosi di sindrome di Asherman, formulata nel maggio

²⁸ Fedele L., Vercellini P., Viezzoli T., Ricciardiello O., Zamberletti D., Intrauterine adhesions: current diagnostic and therapeutic trends. Acta Eur Fertil 1986;17:31-7.

²⁹ Feng ZC, Yang B., Shao J., Liu S., Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumaticintrauterine adhesions after induced abortions: clinical analysis of 365 cases. Gynaecol Endosc 1999;8:95-8.

³⁰ Chen FP, Soong YK, Hui YL, Successful treatment of severe uterine synechiae with transcervical resectoscopycombined with laminaria tent. Hum Reprod 1997; 12:943-7.

³¹ Zikopoulos KA, Kolibianakis EM, Platteau p, de Munck L, Tournaye H, Devroey P, Camus M. Live delivery rates in sub fertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint System. Reprod Biomed Online 2004;8:720-5.

³² Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

³³ *Idem*

³⁶ Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC . Asherman syndrome-one century later Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.

* In alcuni Paesi Europei si fa una distinzione tra infertilità e sterilità in altri si usa lo stesso termine, come per esempio in inglese si usa solo il termine *infertility*. In Italia nell'uso comune i due termini vengono usati come sinonimi, anche se di fatto non lo sono. Secondo la definizione dell'International Council on Infertility Dissemination una donna è definita infertile se c'è l'incapacità di portare a termine una gravidanza, tale condizione si distingue da quella di sterilità che secondo il Cittadini è definita come un ostacolo alla fecondazione ,

2003, rappresenta il nodo centrale dell'intera vicenda clinica sofferta dalla signora A.L. in cui si possono certamente rintracciare profili di responsabilità professionale nella condotta dei sanitari che l'hanno avuta in cura. Appare infatti indiscutibile il nesso di causalità materiale che lega l'intervento di isterosuzione e la condizione patologica lamentata dalla paziente in virtù del soddisfacimento dei criteri del suddetto rapporto. Dalle evidenze apprese dalla letteratura scientifica si evince che l'intervento di isterosuzione è responsabile del quadro anatomopatologico presente nella sindrome di Asherman e quindi di tutte le conseguenze funzionali ad essa connesse, dunque è ben più che provato e verificato il "criterio di possibilità scientifica". Nella vicenda *de quo* v'è di più, poiché anche gli altri criteri vengono soddisfatti e resistono al vaglio della controprova, in particolare per quanto concerne il "criterio topografico": la sede dell'intervento coincide con la sede della lesione, il "criterio cronologico": la sintomatologia si manifesta subito dopo l'intervento mentre per il "criterio di esclusione di altre cause": dalla documentazione clinica della signora A.L. viene esclusa la presenza di una lesione ipofisaria che possa determinare una così elevata iperprolattinemia** ed altre cause determinanti la sintomatologia lamentata. In virtù di quanto esposto appare evidente come la sindrome di Asherman sia la conseguenza logico-necessaria di quell'antecedente causale che risiede nell'erronea isterosuzione praticata dai sanitari. Inesatto trattamento che rileva ponendosi quale inadempimento della prestazione richiesta da A.L. agli stessi con conseguente loro responsabilità per il nocimento subito. Occorre infatti precisare che in virtù e altresì parafrasando l'art.1218 c.c.*** il sanitario che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno a meno che non provi che l'inadempimento non è dovuto a causa a lui non imputabile. Incombe alla paziente l'onere di provare il danno subito e l'esistenza di un rapporto contrattuale con il medico, mentre a quest'ultimo compete dimostrare di aver agito con perizia prudenza e diligenza come sottolineato dalle parole della Suprema Corte: « ... *Resta a carico del*

con conseguente assoluta mancanza della capacità riproduttiva sia nella donna sia nell'uomo. La condizione di sterilità femminile, come riportato dal Pecorari può essere dovuta nella maggior parte dei casi a: cause organiche; cause endocrine oppure cause immunologiche.

** Nel caso particolare l'iperprolattinemia si fa riferire alla condizione di particolare stress psicofisico della donna ed quindi è secondario al quadro clinico della signora A.L.

*** **Art. 1218 c.c. Responsabilità del debitore**

« Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno , se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile ».

*debitore (medico - struttura sanitaria) l'onere di dimostrare che la prestazione è stata eseguita in modo diligente, e che il mancato o inesatto adempimento è dovuto a causa a sè non imputabile, in quanto determinato da impedimento non prevedibile nè prevenibile con la diligenza nel caso dovuta ... »³⁸. Ovviamente nella valutazione della "diligenza nel caso dovuta" di cui alla parole della Suprema Corte occorre far riferimento ex art. 1176 secondo comma alla diligenza del buon professionista, ovvero sia del professionista medio, quell'*homo eiusdem professionis ac condicionis* che assurge a parametro indispensabile per la valutazione della necessaria diligenza dovuta nella corretta esecuzione della prestazione, offrendo un criterio indispensabile da cui non si può prescindere per un'analisi in ordine alla fondatezza della responsabilità. Quest'ultima appare altresì acclarata nel caso di specie anche in considerazione del fatto che l'IVG, analizzando i dati epidemiologici esposti, risulta attività chirurgica *routinaria*, e con basso tasso di complicanze che si possono considerare "insignificanti", tant'è che le conseguenze indesiderate di tale trattamento, secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia risultavano essere dello 0,3% quindi, trascurabili e non degne di nota; da ciò si rileva non solo la non diligenza, ma altresì l'assoluta imperizia del professionista, la quale è intesa come l'insieme di regole tecniche e professionali derivanti dal livello medio della categoria medica di appartenenza. Precisando altresì che nella specifica attività, la perizia si caratterizza ogni volta con dei modi differenti, contraddistinguendosi in rapporto ai significati tecnico-quantitativi dello "standard medio" della categoria a cui si fa riferimento. Nonostante la prestazione d'opera professionale, ex art. 2236 c.c.^{*}, si debba intendere riuscita nella prestazione di mezzi e non di risultato, il professionista deve porre in essere nell'impiego di specifiche attività tutti i mezzi concettuali ed operativi che risultino idonei ad assicurare il risultato ovvero che portino al corretto adempimento dell'incarico. Le disposizioni di cui nell'art. 2236, e con particolare riferimento alla colpa grave è circoscritto - ci preme ricordare - ai soli casi di imperizia ricollegabile alla "particolare difficoltà di problemi tecnici" che si renda necessario affrontare e non certamente ad attività *routinarie* per le quali il medico risponderà anche per colpa lieve. Tale è il caso di specie, ove il medico che ha eseguito l'isterosuzione, risponderà per omissione di diligenza o per inadeguata preparazione, avendo provocato un*

³⁸ Suprema Corte di Cassazione, Sezione III Civile, Sentenza 8 ottobre 2008, n. 24791

* **Art. 2236 c.c. Responsabilità del prestatore d'opera** « Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave ».

danno nell'esecuzione dell'atto operatorio. La sentenza n. 6141 del 21.12.1978 della Corte di Cassazione in caso di facile prestazione sottolinea: « ... *Quando il cliente abbia provato in giudizio che l'intervento operatorio applicato dal chirurgo al suo caso patologico era di facile esecuzione, e che tali erano pure (ove questa ulteriore prova sia necessaria) le successive prestazioni post-operatorie, ed abbia inoltre provato che quell'intervento di facile esecuzione (nonché, se dal caso, alle successive prestazioni post-operatorie) è conseguito un risultato peggiorativo, essendo le sue condizioni finali deteriori rispetto a quelle preesistenti, non può non presumersi la inadeguata o non diligente esecuzione della prestazione professionale ...* » e autorevole fonte precisa che in questi casi: « ... *deriva una diversa distribuzione dell'onere probatorio, in forza del quale, nell'ipotesi di intervento di facile esecuzione, se il risultato è peggiorativo delle condizioni del paziente, si presume la inadeguatezza o la non diligente esecuzione della prestazione professionale ...* »³⁸. Dunque il caso presenta profili di responsabilità professionale medica, che hanno determinato un maggior danno rispetto alle conseguenze attese per un intervento chirurgico di isterosuzione, avendo contestualmente determinato un evidente alterazione peggiorativa a carico dell'endometrio con conseguente insorgenza di una severa sintomatologia (sindrome di Asherman) responsabile della condizione di amenorrea e di infertilità da cui è affetta la paziente. Censurabile quindi il comportamento tenuto dai sanitari dell'Ospedale, poiché, nonostante la natura intellettuale della prestazione medica e quindi soggetta a quel margine di rischio consentito, nel caso *de quo* ci si trova in quella condizione di errore inescusabile derivato dalla grossolanità ed incompatibile con il grado di preparazione medio e che, non può essere attribuito alla causalità ovvero al sopravvenire di un evento imprevisto ed imprevedibile, ma solo alla mancata applicazione delle cognizioni fondamentali e alla mancanza di abilità e perizia dello specifico atto chirurgico. In conclusione, riteniamo che ad ogni medico competa, non per mero gesto accademico, ma per il suo profondo significato etico e morale, di tenere fede all'impegno di: «... *di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza ... di affidare la mia reputazione esclusivamente alle mie capacità professionali ...* ». Per questo sono necessari comportamenti consapevoli e professionalmente validi, senza la suggestione di affermare che il paziente ha sempre ragione o il medico ha sempre torto e viceversa. Quindi una giusta difesa delle parti e

³⁸ Baggio S., *La Responsabilità della Struttura Sanitaria*, Trattati a cura di Paolo Cendon, Giuffrè Editore, Milano 2008

un'adeguata constatazione delle reali esigenze di salute del cittadino: una difesa dignitosa per salvaguardare il professionista medico, ma anche per tutelare il bene Costituzionale rappresentato dalla salute del cittadino.

BIBLIOGRAFIA

1. Baggio S., *La Responsabilità della Struttura Sanitaria*, Trattati a cura di Paolo Cendon, Giuffrè Editore, Milano 2008
2. Buckley CH. *Normal endometrium and non-proliferative conditions of the endometrium*. In: Fox H, Wells M, eds. *Obstetrical and gynaecological pathology*, 5th ed. London: Churchill Livingstone, 2002: 391-442

3. Chen FP, Soong YK, Hui YL, *Successful treatment of severe uterine synechiae with transcervical resectoscopy combined with laminaria tent.* Hum Reprod 1997; 12:943-7.
4. Cittadini E., Palermo R., Zangara C. *Sterilità Femminile*, in GB Candiani V. Danesino A. Gastaldi, *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, Masson, Milano, 1996
5. Fedele L., Vercellini P., Viezzoli T., Ricciardiello O., Zamberletti D., *Intrauterine adhesions: current diagnostic and therapeutic trends.* Acta Eur Fertil 1986;17:31-7.
6. Feng ZC, Yang B., Shao J., Liu S., *Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intrauterine adhesions after induced abortions: clinical analysis of 365 cases.* Gynaecol Endosc 1999;8:95-8.
7. Istat, Interruzioni volontarie della gravidanza per regione di residenza - Anni 1987-2006, www.istat.it
8. Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., *Harrison Principi di Medicina Interna*, 16 ed., McGraw-Hill, Milano 2005
9. Letteries GS, *Structural abnormalities of the uterus: intrauterine adhesions.* In Letterie GS, ed. *Structural abnormalities and reproductive failure: effective techniques for diagnosis and management.* Malden, MA; Blackwell Science, 1998;251-73.
10. Leung PL, Tam WH, Yuen PM. *Hysteroscopic appearance of endometrial cavity following thermal balloon endometrial ablation.* Fertil Steril 2003;79:1226-8.
11. Macchiarelli L., Arbarello P., Di Luca N.M., Feola T. *Medicina Legale*, II edizione, Edizioni Minerva Medica Torino, 2005
12. Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., *Ginecologia e Ostetricia*, IV edizione, Società Editrice Universo, Roma 2009
13. Polishuk WZ, Sadowsky E., *A syndrome of recurrent intrauterine adhesions.* Am J Obstet Gynecol 1975;123:151-8.

14. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente le norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Ministero della Salute, Roma, 4 ottobre 2007
15. Schenker JG, Margalioth EJ, *Intrauterine adhesions: an updated appraisal*. Fertil Steril 1982;37:593-610.
16. Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC. *Asherman syndrome-one century later*, Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):759-79.
17. Zanoio L., *Trattato di tecnica chirurgica*, chirurgia ginecologica e ostetrica, Piccin, Padova 2002
18. Zikopoulos KA, Kolibianakis EM, Platteau p, de Munck L, Tournaye H, Devroey P, Camus M. *Live delivery rates in sub fertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint System*. Reprod Biomed Online 2004;8:720-5.

RIASSUNTO

Gli autori presentano il caso di una donna di 34 anni che si reca in un ospedale per effettuare un'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante isterosuzione: dopo l'intervento a causa di dolore addominale e amenorrea si susseguono ricoveri e in occasione di uno di questi viene diagnosticata alla donna sindrome di Asherman. Tale sindrome, oltre a provocare infertilità, costringe la donna a sottoporsi a terapie mediche e chirurgiche continue per attenuare la sintomatologia. Discusse le principali caratteristiche della patologia in questione e le possibili opzioni terapeutiche, vengono indicati gli estremi della responsabilità professionale dei medici che attuarono l'IVG.

SUMMARY

The Authors present a case of a 34 years old who goes to a hospital for abortion (IVG) performed with hysteroscopy: after this treatment the patient is recovered in many hospitals for abdominal pain and amenorrhea, the during one hospitalization she is diagnosed with Asherman syndrome. This syndrome, in addition to cause infertility, forces the patient to undergo continue medical and surgical therapies to alleviate the symptoms. Discussed the main features of this pathology and its possible treatments options, is discussed the professional responsibility of physicians who performed the abortion.

Parole Chiave: Sindrome di Asherman, Infertilità, responsabilità professione

Key Words: Asherman syndrome, infertility, professional responsibility