

Il problema dei "late preterm" visto dall'ostetrico

Fabio Facchinetti

Dipartimento Materno-Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia

La nascita pretermine, problema di sanità pubblica

Continuiamo la pubblicazione di contributi sul tema della nascita pretermine, iniziata nel numero scorso (Quaderni acp 2010;17:64) con un articolo di Carlo Bellieni, neonatologo di Siena. Come seconda voce non potevamo non sentire quella di un ostetrico, e per questo abbiamo chiesto a Fabio Facchinetti qualche riflessione riguardante in particolare i "late preterm", cioè quei neonati che nascono non tanto prima di 37 settimane compiute di gravidanza. Fabio Facchinetti è professore di Medicina dell'Età Prenatale presso l'Università di Modena e Reggio Emilia ed è responsabile del Centro Nascita e dell'UO di Ostetricia-Ginecologia del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena. Fra i temi ostetrici di cui si occupa, e che sono stati oggetto di numerosissime pubblicazioni scientifiche indicizzate, spiccano in modo particolare l'ipertensione in gravidanza, il parto pretermine e la morte endouterina del feto. L'Autore partecipa all'attività di società scientifiche e fa anche parte del comitato editoriale di numerose riviste.

(Carlo Corchia)

Parole chiave Pretermine. Late preterm. Insufficienza placentare

Non vi sono dubbi sulla considerazione epidemiologica e sociale che la nascita di un bambino prima del termine sia la più grave fra le diverse complicanze ostetriche del mondo occidentale: in Europa questo riguarda circa il 6% dei nati, mentre oltreoceano la frequenza raddoppia sia per motivi organizzativi e sociali che per caratteristiche legate alla popolazione.

Nei convegni scientifici non è raro ascoltare che tale situazione è immutata da alcuni decenni, e ciò viene ascritto al fatto che le nostre conoscenze eziopatogenetiche sono tutt'ora molto limitate. Se questo purtroppo è vero, non altrettanto si può dire della stabilità del fenomeno: la popolazione esposta infatti è molto aumentata in quanto oggi si assistono neonati fin dalla 23^a settimana di gestazione, atteggiamento davvero inusuale fino a 20 anni or sono. Tale diversità di approccio è stata dapprima stimolata dagli enormi progressi di assistenza neonatale (disponibilità del surfattante sintetico, ad esempio) e successivamente ha trovato nuova linfa nello sviluppo della medicina fetale, il cui impatto è per ora limitato più alla diagnostica (sviluppo delle indagini doppler flussimetriche, ad esempio) che alla interventistica.

In termini di esposizione, però, occorre rilevare come i dati epidemiologici oggi indichino un incremento dei cosiddetti "late preterm", cioè dei nati fra le 34 e le

36 settimane di gestazione. Dal registro nascite dell'Emilia-Romagna si evince che nel 2008 sono nati 2382 late preterm, cioè il 5,8% del totale, un dato incrementale negli anni analogamente a quanto avviene nel resto del mondo. Interpretare questo dato è difficile, ma si possono fare alcune considerazioni, analizzando i fattori che possono contribuire a questo fenomeno:

1. Per la stragrande maggioranza delle patologie materne non esiste trattamento medico efficace, e questo è vero per la pre-eclampsia, la colestasi, la sindrome HELLP, per citare le più ricorrenti: pertanto la vera risoluzione della patologia è rappresentata dal parto;
2. Analogamente si può concludere per le insufficienze placentari che inducono la restrizione della crescita fetale: il rischio di mortalità endouterina in tali casi è estremamente elevato. Una volta fatta diagnosi di restrizione della crescita, se questa è legata a una ipoperfusione placentare (molto comune nel terzo trimestre), la sorveglianza prenatale si attua con la valutazione dei flussi dell'arteria ombelicale e dell'arteria cerebrale media, oltre che con la cardiotocografia. Questi esami ci danno un'idea dell'evoluzione, ma sono lunghi da poter fare una predizione accurata. La condotta di attesa quindi, rispetto alla induzione della nascita, è gravata da notevoli rischi. Altrettanto si può concludere per le anomalie di impianto placentare;

3. In campo ostetrico si è verificato un significativo miglioramento nella gestione del parto. Da un lato le tecniche anestesologiche e quelle chirurgiche hanno reso l'intervento di taglio cesareo gravato da una minore morbilità, ma anche da una più rapida ripresa funzionale materna. D'altro canto, la disponibilità delle prostaglandine topiche e di altre metodiche efficaci nella induzione della maturazione cervicale ha reso l'induzione del travaglio un evento possibile, con buone probabilità di successo;
4. Infine occorre ricordare che è radicalmente mutata la demografia della riproduzione, con oltre un quarto delle partorienti che ha una età >35 anni e un significativo numero di gravidanze che insorgono grazie a tecniche di fecondazione assistita che, come è noto, presentano maggiori complicanze (non solo legate alla gemellarità).

Se però la sorveglianza prenatale è migliorata in quanto a capacità diagnostiche e diffusione nel territorio, non altrettanto si può concludere sulle sue capacità predittive: spesso vengono misurati (biometria fetale, indice amniotico, ad esempio) o identificati parametri alterati (inserzione placentare, ad esempio) che vengono messi in relazione a complicanze: l'attendibilità/riproducibilità del dato però è operatore-dipendente e soprattutto il suo impatto nel determinare il rischio è scarsamente quantificabile.

Per corrispondenza:
Fabio Facchinetti
e-mail: facchi@unimo.it

forum

Inoltre succede sempre più spesso di effettuare esami/indagini che non rispondono a un'indicazione clinica o a uno screening, ma sono richiesti dalla gestante/offerti dal curante come "più elevato livello di sorveglianza" (ad esempio >3 ecografie, valutazioni ematologiche/infettive non previste dai protocolli di sorveglianza ecc.): i risultati anomali a questo punto diventano fonte di ansia per entrambi e magari il parto viene visto come risoluzione del (falso) problema. Queste brevi considerazioni nascono dall'esperienza quotidiana e non possono in alcun modo rappresentare un punto di riferimento per qualsivoglia azione. Certamente i late preterm sono in aumento ed è doveroso chiedersi a cosa ciò possa corrispondere.

La sorveglianza prenatale ha sicuramente contribuito a tale incremento, ma ciò deve essere letto in chiave positiva se, rispetto anche al recente passato, il management attivo della gestazione ha diminuito gravi sequele materne (attacchi eclampatici, morti da difetti della coagulazione ecc.). D'altro canto, ci sono sicuramente stati effetti positivi sull'outcome neonatale se la mortalità perinatale oggi è decisamente ridotta rispetto a 30 anni or sono: il miglioramento è stato indotto in maggior misura dalle cure neonatali, ma anche il contributo ostetrico non va dimenticato.

Resta ora da valutare se gli interventi che anticipano la nascita siano tutti appropriati, dal momento che non esistono Linee Guida consolidate sulla gestione delle più comuni patologie fetali, soprattutto in relazione ai disturbi funzionali della placenta. Solo una ricerca ad hoc ci darà la risposta e potrà essere la base per proporre eventuali soluzioni. ◆

Articoli di riferimento

Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol* 2008;35:325-41.

European Perinatal Health Report 2008 (<http://www.europeristat.com>).

Holland MG, Refuerzo JS, Ramin SM, Saade GR, Blackwell SC. Late preterm birth: how often is it avoidable? *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:404.e1-4.

Reddy UM, Ko CW, Raju TN, Willinger M. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 2009;124:234-40.

CONCORSO FOTOGRAFICO "PASQUALE CAUSA" I VINCITORI

Diamo i risultati del concorso fotografico "Pasquale Causa" (Quaderni acp 2010;17:63) che si è svolto in occasione del convegno "Gli Argonauti 2010".

- | | | |
|-----------|-------------------|----------------------------------|
| 1° Premio | OCCHI | di Giuseppe Lucio Gaeta (in B/N) |
| 2° Premio | CINEMA ALL'APERTO | di Lina Di Maio (a colori) |
| 3° Premio | BAMBINA ETIOPE | di Giancarlo Lamberti (a colori) |

