

Late Preterm: ancora tante le cose da fare



Augusto Biasini

Direzione Nazionale AIBLUD

Anni fa Carlo Corchia, con lungimiranza, parlava di “*epidemia nascosta e silenziosa*” riferendosi alle nascite che, fra la 34° 0/7 e la 36° 6/7 settimana di età gestazionale, identificavano i neonati Late Preterm (LP). In una metanalisi successiva ne precisò i disturbi dello sviluppo cognitivo [1] e proprio per approfondire la possibile associazione tra ritardo cognitivo/problemi comportamentali dei LP in età scolare e motivi del parto pretermine e patologie sofferte in epoca neonatale, progettò uno studio caso-controllo (full term versus late preterm), con la collaborazione della cattedra di Psicologia dell’Università La Sapienza di Roma e di 22 pediatri ACP da Campania, Lazio, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto. L’indagine confrontò 183 LP con 332 neonati a termine, è ora conclusa e l’elaborazione dei risultati in corso. Oggi il fenomeno ha connotazioni più contenute, date le 100.000 nascite in meno rispetto a 8 anni fa, ma rimangono il 70% di tutte le nascite pretermine. In Italia, nel 2016 su 474.000 nati, 28.500 sono stati LP; in Europa sono il 5-7% dei nati (ma in Finlandia, Svezia e Norvegia appena il 3,3-3,8%), negli USA l’8%.

In più della metà dei casi, nascere LP origina da una decisione medica: induzione del parto o taglio cesareo, senza documentate motivazioni “evidence-based”. Ciò avviene più frequentemente in piccoli punti nascita che sono ancora, a 7 anni dall’accordo Stato-Regione, il 24% del totale. Sono più frequentemente maschi, nati con procreazione medico-assistita, da madri ultraquarantenni, o con bassa scolarità, africane, indiane, che hanno continuato a fumare in gravidanza. Rispetto ai nati a termine, sono gravati da mortalità perinatale 8 volte maggiore, mentre quelle neonatale e infantile sono 5,5 e 3,5 volte di più. Circa il 10 % ha un peso < 2 kg, e il rischio di distress respiratorio neonatale (RDS), rispetto ai neonati a termine, è di 40 volte maggiore a 34 settimane, di 21 volte a 35 settimane e di 9 volte a 36 settimane.

Ciò ha come prima conseguenza la potenziale esposizione a steroidi prenatali per diminuire la probabilità di patologia respiratoria, di un’ampia quota di donne gravide, ben al di là del periodo gestazionale consigliato per la prevenzione dell’RDS del pretermine (da 24 a 34 settimane), con possibili ipoglicemie neonatali e rischi a lungo termine sulla crescita cerebrale. Si ricordi che a 34 settimane il volume cerebrale è solo il 65% di quello a termine con solchi e mielinizzazione incompleti; sono presenti alterazioni EEG nei cicli/ritmi del sonno, espressioni del ritardato sviluppo della rete neuronale.

Con queste premesse non deve stupire che numerosi lavori di follow-up, il più lungo con risultati a 68 anni di vita [2], confermino ritardi nello sviluppo neurologico evidenti già a 2 anni e in età scolare, deficit nel linguaggio, nel calcolo e nella sfera cognitiva con compromissione delle abilità mnemoniche a breve e lungo termine. Queste ultime, quando presenti all’età di 11 anni, possono predire la capacità mnemonica a 90 anni e sono assimilabili ai prodromi della malattia di Alzheimer. Quando vengono seguiti programmi educazionali specifici o in chi ha laurea o dottorato, l’associazione tra LP e deficit scompare.

È confermato che i LP alimentati al seno, al mese di vita, hanno un aumento di *massa grassa libera*, determinante per un rapido recupero della crescita cerebrale, e clinicamente esprimono punteggi neuroevolutivi, a 1 anno, più alti rispetto a quelli alimentati con formula. Negli stessi, l’adiposità globale è minore con effetti positivi sulla futura salute cardiovascolare per la minore obesità [3]. È quindi inaccettabile

che i LP siano allattati al seno molto meno dei pretermine di peso < 1500 g (VLBW) oltre che di quelli a termine. Ancora più paradossale è che la nutrizione con latte materno, nei LP, parrebbe essere il principale fattore di rischio per un nuovo ricovero da ipoalimentazione o ittero. Tutto questo si spiega col fatto che imparare ad allattare un LP è complesso e non lo si può raggiungere in modo affrettato. Questi neonati, per la loro condizione di prematuri, hanno un ridotto tono posturale, una incoordinazione suzione/respirazione/deglutizione, una rapida esauribilità e spossatezza per mancanza di sonno profondo, aggravati da problemi metabolici (ipoglicemia e ittero); tutte condizioni che rendono complicato sia iniziare l’attaccamento al seno che mantenerlo. Sono necessari operatori esperti delle tecniche di aiuto alla lattazione del pretermine che guidino la madre nell’apprendere le posizioni più favorevoli a evitare apnea, bradicardia e ipossia: la “dancer/hand”, la madre sostiene la mandibola; la “clutch/position”, il sostegno del capo senza fletterlo; la “Cross/cradle”, il completo controllo della flessione/estensione del capo ad arco; l’“external pacing”, la pausa imposta. Sono tutte tecniche utili anche a contenere ansia e distress psicologico che accompagnano le difficoltà alimentari.

Tutto ciò non è sufficiente se non è completato da una mirata e prolungata “home care” attuata da infermiere formate e presenti nel territorio ove non esista una Pediatria di Comunità. La condivisione del percorso con il Pediatra di Famiglia è indispensabile per mantenere la continuità fra ospedale e territorio. La dimissione dovrebbe avvenire solo quando si è raggiunta una autonoma alimentazione per almeno 24 ore. In una valutazione realistica delle risorse disponibili un progetto con queste caratteristiche dovrebbe essere dedicato prioritariamente a tutti i LP di 34 settimane e a quelli ricoverati in Patologia Neonatale. Questo fu il disegno attuato dal 2012 nella AUSL Romagna e attivo a tutt’oggi, che ottenne un raddoppio dei LP allattati esclusivamente al seno materno: dal 34% al 60%.

Quindi, il difficile cammino dei LP deve essere fin dall’inizio corretto da atteggiamenti ostetrici prenatali più conservativi e responsabili nell’aderire alle evidenze EBM per le indicazioni relative alla nascita, attuando la profilassi con steroidi prenatali solo nei parti operativi inevitabili, programmati a 34/35 settimane che dovrebbero avvenire in centri dove sia presente una UTIN (maggiore probabilità di ricovero per patologia respiratoria), dal sostegno precoce alla nascita del bonding/allattamento con tecniche specifiche, motivate da una approfondita relazione di consapevolezza materna, con l’ingaggio figure territoriali formate ad hoc e, in età pediatrica, con un’attenzione particolare ai programmi educazionali (musica, lettura, calcolo) per minimizzare le possibili difficoltà scolari future.

✉ augustoclimb@gmail.com

1. Caravale B, Riccio G, Corchia C. Late Preterm: un gruppo di neonati a rischio per disturbi dello sviluppo cognitivo. *Quaderni acp* 2014;21:155-61.
2. Heinonen K, Eriksson JG, DMSc, Lathiti J, et al. Late Preterm Birth and Neurocognitive Performance in Late Adulthood: A Birth Cohort Study. *Pediatrics* 2015;135:e818-25.
3. Gianni ML, Consonni D, Liotto N, et al. Does human milk modulate body composition in late preterm infants at term-corrected age? *Nutrients* 2016;8 pii: E664.