Parto pretermine e morte del neonato: strategie preventive

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

Lo scorso maggio ho partorito prematuramente, alla 27a settimana. Il mio bimbo pesava 1,2 chilogrammi. Purtroppo è morto il 3 luglio, per arresto cardiaco. Aveva emorragie celebrali, idrocefalo, difficoltà respiratorie, ed è sempre stato intubato. Se fosse sopravvissuto, avrebbe avuto molti problemi connessi alla prematurità. Sono stati effettuati degli esami genetici e relativi a malattie metaboliche, ma non hanno avuto esito: non si è scoperto il motivo del parto pretermine. Forse è stata un'infiammazione, la placenta in un successivo esame istologico presentava aree infartuali del piatto coriale. Perché a volte si partorisce prima del termine? Si può prevenire questo problema? Se in futuro volessi avere una nuova gravidanza, dovrei fare qualche esame preventivo?
Antonella N.

Gentile Antonella, il parto pretermine ha una frequenza pari al 6-10% e rappresenta la causa più importante di mortalità perinatale, come purtroppo è avvenuto al suo bambino. Ha un'origine multifattoriale e, nella maggior parte dei casi, non se ne riconosce la causa scatenante. Tra i fattori di rischio spiccano l'età materna (il parto pretermine è più frequente nelle ragazze con meno di 17 anni e nelle donne con più di 35), il sottopeso materno, la razza nera e ispanica, lo stress elevato, il fumo e l'alcolismo. Vanno inoltre ricordate una serie di condizioni predisponenti, come la gemellarità, le malformazioni uterine, l'abnorme sviluppo del feto per diabete o idrocefalia, l'insufficienza placentare, le infezioni uterine con rottura prematura delle membrane, la preeclampsia, e diversi altri fattori materni (malattie organiche cardiovascolari, renali, epatiche ed emopoietiche). Il rischio di ricorrenza è compreso fra il 17 e il 40%.
Esistono dei test che possono predire il rischio di parto prematuro, in primo luogo la misura ecografica della cervice uterina. La prevenzione farmacologica si avvale di farmaci beta-mimetici e solfato di magnesio, in grado di ridurre le contrazioni uterine e, talvolta, di bloccare l'evoluzione del travaglio.
I farmaci beta-mimetici sono dei miorilassanti uterini, che agiscono stimolando l'attività dei recettori beta di tipo 2 presenti nel miometrio. Tuttavia, a causa dei loro effetti collaterali (tachicardia, rossore e vampate di calore al viso, stipsi, ipotensione, aumento della glicogenolisi), derivati soprattutto dalla parallela stimolazione dei recettori beta 1 situati nel cuore, vengono impiegati meno di un tempo. Altri farmaci ugualmente efficaci, ma con minori effetti collaterali materni e fetali, sono gli antagonisti competitivi dei recettori dell'ossitocina, i calcio antagonisti e gli inibitori delle prostaglandine.
Il solfato di magnesio è il farmaco di prima scelta in caso di eclampsia, per la prevenzione delle

convulsioni ricorrenti; può inoltre essere utile anche nelle donne con una preeclampsia che minacci di evolvere nell'eclampsia vera e propria.
E' inoltre possibile stimolare la maturazione polmonare fetale con cortisonici somministrati alla madre per ridurre l'insorgenza della temibile sindrome da distress respiratorio neonatale. Il cortisone favorisce infatti la produzione di surfattante (dall'inglese "surfactant", acronimo di SURFace ACTive AgeNT), una sostanza lipidica e proteica che impedisce il collasso degli alveoli polmonari più piccoli e l'eccessiva espansione di quelli più grandi. Con l'adozione sistematica di tale terapia in caso di minaccia di parto pretermine si riduce del 50% la mortalità perinatale.
E' inoltre preziosissimo l'acido folico (vitamina B9), che non solo riduce il rischio di spina bifida e altre gravi malformazioni, ma anche i parti prematuri "precoci", che compaiono proprio fra la 20a e la 28a settimana di gravidanza. La riduzione del rischio è del 70% nelle donne che abbiano assunto l'acido folico per un anno prima del concepimento, mentre i parti prematuri in senso stretto (ossia avvenuti fra la 28a e la 32a settimana) vengono ridotti del 50%. La posologia tipica è di 0,4 mg di acido folico al giorno.
Sempre a livello di prevenzione, ricordiamo infine che un aumento del pH vaginale, provocato per esempio da una vaginosi batterica da Gardnerella, aumenta significativamente il rischio di aborto spontaneo e parto prematuro, perché può provocare una lesione delle membrane amniotiche facilitandone la rottura.
Comprendendo la sofferenza legata all'esperienza da lei vissuta, le consigliamo di rivolgersi a una struttura ostetrica specializzata, al fine di instaurare fin dall'inizio una corretta condotta ostetrica e di stabilire, se necessario, quelle misure preventive ideali che insieme al grande progresso dell'assistenza neonatale hanno notevolmente migliorato la prognosi di bambini nati pretermine. Auguri, di cuore.