

Parto pretermine e linee guida

Parto pretermine secondo le linee guida NICE. Una guida completa e l'ultimo report dell'OMS.

Di Maria Chiofalo, Blog La Review dell'Ostetrica



Il 17 Novembre 2017 si è celebrato il **World Prematurity Day** che ha richiamato l'attenzione sulla morte e sulla disabilità legati al parto pretermine. Il tema di quest'anno è stato "Let them thrive" che tradotto vuol dire <Lasciamoli crescere sani> con focus su qualità, equità e dignità.

E' stato stimato che 15 milioni di bambini all'anno nascono prima e questo numero è in crescita.

Per **pretermine** si intende un bambino che nasce prima della 37esima settimana di età gestazionale. Questa prematurità e l'essere 'piccoli' per l'età gestazionale (SGA) sono le cause del low-birth-weight (basso peso alla nascita), indiretta ragione di morte neonatale (dal 60% all'80%).

Pertanto, per ridurre la causa di morte, i paesi dovrebbero migliorare l'assistenza alla madre durante la gravidanza/parto e ai neonati LBW.

In quest'ultimo caso, la riduzione della mortalità può essere garantita con la nutrizione, il mantenimento della temperatura corporea, l'igiene del cordone, skin care, prevenendo e trattando le infezioni, fronteggiando le complicanze respiratorie quali, ad esempio, la sindrome da distress respiratorio.

Quali sono i fattori di rischio di un parto pretermine?

Dalle linee guida della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia:

- Età materna
- Etnia
- Condizioni socioeconomiche
- Fumo
- Utilizzo di droghe
- Stress
- BMI/Obesità
- Anamnesi ostetrica pregressa e attuale (gravidanza multipla, pregresso PP, emorragia *ante partum*, infezione genito-urinaria, cervice corta, chirurgia della cervice, incontinenza cervico-istmica)
- Tecnologie di riproduzione medicalmente assistita

Le raccomandazioni OMS per parto pretermine includono:

- **The WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016):** privilegiare i modelli di assistenza continua di midwifery provvedendo all'assistenza alla donna, al neonato e alla sua famiglia durante antenatal, intrapartum e postnatal care.
- **Kangaroo mother care: a practical guide:** è un metodo di assistenza per i bambini pretermine, in particolar modo per chi ha un peso inferiore ai 2 kg. Esso include esclusivo e frequente allattamento al seno, skin to skin, supporto diade madre-neonato. Esso ha dimostrato una riduzione della mortalità nei paesi a basso e medio sviluppo.
- Interventi clinici per outcomes: **1) WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes:** include gli interventi raccomandati per migliorare gli outcomes in caso di parto pretermine. Per esempio, alla madre somministrazione di steroidi prima del parto, antibiotici in caso di PROM e magnesium sulfate per prevenire danni neurologici all'infante. Al neonato, invece, thermal care, ossigeno, supporto nutritivo. **2) Optimal feeding of low-birth-weight infants:** cosa, quando e come nutrire un infante LBW.

Sono aspetti che si integrano con la pratica approfondita con le **Nice guidelines Preterm labour and birth**.

In particolar modo, l'articolo che segue distingue l'assistenza in caso di parto pretermine per le donne con PPRM e con membrane integre.

Il problema fondamentale è quello di individuare le partorienti in reale travaglio di parto pretermine.

1.1 Informazione e supporto

Come è già noto, il primo paragrafo delle linee guida NICE è dedicato alle informazioni da fornire alla donna e alla sua famiglia.

In caso di **rischio di parto pretermine**:

- info (scritte e verbali) e supporto prima possibile
- considerare lo stato ansioso della donna
- descrivere segni e sintomi di un parto pretermine
- spiegare alla madre quale assistenza è prevista.

Per le donne che hanno pianificato un parto pretermine oppure è stato offerto il trattamento farmacologico allo stesso, in linea con le sezioni 1.8-1.9-1.10 (leggi dopo), fornire informazioni e supporto includendo:

- probabilità di sopravvivenza, outcomes (inclusi quelli a lungo termine) e rischi del bambino
- assistenza neonatale dei pretermine, inclusa sede e rianimazione
- problemi che possono insorgere immediatamente in un prematuro
- possibili conseguenze a lungo termine della prematurità del neonato (come un bimbo prematuro cresce e si sviluppa)
- l'opportunità di un tour nell'unità neonatale e di parlare con un medico neonatologo.

Profilassi progesterone vaginale e cerchiaggio cervicale

Offrire la scelta di **profilassi con progesterone vaginale o cerchiaggio cervicale** alle donne con:

- anamnesi ostetrica con parto pretermine spontaneo o perdita fetale a metà trimestre tra 16⁺⁰ e 34⁺⁰ settimane di gravidanza e
- ecografia transvaginale effettuata tra 16⁺⁰ e 24⁺⁰ settimane di gestazione con rilevazione di lunghezza cervicale minore di 25 mm.

Discutere per entrambi le opzioni dei benefici e dei rischi e lasciare che sia la donna a scegliere.

Preferire la profilassi con cerchiaggio vaginale nel caso in cui siano presenti le condizioni sopra o che hanno avuto

- P-PROM in una precedente gravidanza o
- anamnesi di trauma cervicale.

1.3 Diagnosi di Rottura Prematura delle Membrane (P-PROM)

Abbiamo ampiamente discusso di questo nel post presente sul blog **Rottura Prematura delle Membrane: TPROM e PPRM secondo le linee guida internazionali**, riportato interamente qui di seguito.

In una donna che riporta i sintomi che indicano PPRM **offrire esame con speculum sterile** per valutare la presenza di liquido amniotico nel fornice vaginale posteriore:

- se questo è osservato, non eseguire alcun test diagnostico ma offrire assistenza prevista per PPRM (vedi di seguito);
- in caso contrario considerare di eseguire il test *insulin-like growth factor binding protein-1* o il test *placental alpha-microglobulin-1* del fluido vaginale.

Test: in caso di positività

Se il risultato di uno di questi test è positivo, non lasciar che sia *solo* esso a decidere dell'assistenza da offrire alla donna ma considerare anche le sue condizioni cliniche, l'anamnesi medica e gravidica, l'età gestazionale e

- o offrire assistenza
- o rivalutare lo stato diagnostico in un momento successivo.

Test: in caso di negatività

Se il risultato di uno dei test sopra è negativo e nessun liquido amniotico è osservato con esame speculum:

- non offrire la profilassi antibiotica;
- spiegare alla donna che improbabilmente lei ha PPRM ma dovrebbe ritornare se si manifestassero ulteriori sintomi indicativi di PPRM o travaglio pretermine.

Non usare test Nitrazine per diagnosticare PPRM.

Non effettuare test diagnostici per PPRM se il travaglio è già attivo nelle donne che riportano sintomi indicativi dello stesso.

1.4 Profilassi antibiotica prenatale per donne con PPRM.

Offrire alle donne con PPRM **eritromicina orale 250 mg 4 volte al giorno** per un massimo di 10 giorni sino a che la donna entra in travaglio attivo (qualunque sia prima).

Per le donne con PPRM che non possono tollerare l'eritromicina o in chi è controindicata, considerare la *penicillina orale* per un massimo di 10 giorni, sempre sino a che la donna entra in travaglio attivo.

Non offrire alle donne con PPRM *co-amoxiclav* come profilassi per infezioni intrauterine.

1.5 Diagnosi di PPRM

Usare una *combinazione di valutazione cliniche e test (proteina C reattiva, conteggio leucociti e misurazione della frequenza cardiaca fetale con cardiotocografo)* per diagnosticare infezione intrauterina con PPRM.

Non fare riferimento ‘solamente’ ad uno delle seguenti per confermare o escludere l’infezione intrauterina in donne con PPRM:

- unico test di proteina C reattiva;
- leucociti;
- misurazione della frequenza cardiaca fetale con cardiotocografia.

In caso di risultati dubbi osservare la donna e considerare di ripetere i test.

1.6 Cerchiaggio cervicale di 'salvataggio'

Non offrire un cerchiaggio di ‘salvataggio’ alle donne con:

- segni di infezione o
- sanguinamento vaginale in corso o
- contrazioni uterine.

Considerare un cerchiaggio vaginale di salvataggio per le donne tra la 16⁺⁰ e 27⁺⁶ settimana di gestazione con dilatazione della cervice e membrane fetali esposte e integre:

- tenere in considerazione l’età gestazionale e l’estensione della dilatazione cervicale
- discuterne con ginecologo e pediatra.

Spiegare alle donne per le quali si è deciso il salvataggio della cervice con cerchiaggio che lo scopo è quello di ritardare il parto, aumentare le probabilità di sopravvivenza, di ridurre la morbilità neonatale. Aggiungere pure quali sono i rischi della procedura.

Quella appena descritta è la procedura di assistenza in caso di parto pretermine con PPRM.

E per le donne con membrane integre e attività contrattile prima del termine, cosa succede?

1.7 Diagnosi di parto pretermine per le donne con membrane integre

Spiegare alle donne che riportano i sintomi di parto pretermine che hanno le membrane integre:

- valutazione clinica, test di diagnosi disponibili e come si effettuano
- quali sono i benefici, i rischi e le possibili conseguenze di queste, inclusi i falsi positivi o falsi negativi considerando l'età gestazionale

La valutazione clinica della donna con membrane integre che riporta i sintomi di parto pretermine include:

- anamnesi
- l'osservazione descritta nell'iniziale valutazione della donna in travaglio (è presente un post sul blog)
- esame con speculum seguita da visita vaginale se l'estensione della dilatazione cervicale non può essere valutata.

Se la valutazione clinica suggerisce che la donna è in sospetto travaglio pretermine

- ed è 29⁺⁶ settimane di gestazione o meno, consigliare il trattamento per il travaglio pretermine suggerito nella sezione 1.8- 1.9
- ed è 30⁺⁰ settimane o più, considerare la misurazione della lunghezza cervicale con ecografia transvaginale come test di diagnosi per determinare la probabilità di parto entro 48 ore.

Come agire in caso di diagnosi con ecografia transvaginale:

1) Se la lunghezza è più di 15 mm, spiegare alla donna che è improbabile che essa sia in travaglio pretermine e

- pensare ad una diagnosi alternativa
- discutere di rischi e benefici del ritorno a casa comparati con il monitoraggio continuo e il trattamento in ospedale

- informarla che se decidesse di tornare a casa, lei potrebbe ritornare qualora i sintomi del parto pretermine persistono o si ripetono

2) Se la lunghezza cervicale è di 15 mm o meno, considera la donna in travaglio pretermine diagnosticato o offri il trattamento descritto nella sezione 1.8-1.9.

Come agire in caso di diagnosi con test fetale fibronectina

Considerare come test diagnostico la presenza di questa glicoproteina (che agisce da collante tra la decidua materna e le membrane amniotiche) per determinare la probabilità di parto entro 48 ore per le donne che sono 30⁺⁰ settimane di gestazione o più se l'ecografia transvaginale per la lunghezza cervicale è indicata ma non disponibile o non accettata dalla donna.

In caso di **test negativo** (concentrazione 50 ng/ml o meno) spiegare alla donna che è improbabile il suo essere in travaglio pretermine e di

- pensare ad una diagnosi alternativa
- discutere di rischi e benefici del ritorno a casa comparati con il monitoraggio continuo e il trattamento in ospedale
- informarla che se decidesse di tornare a casa, lei potrebbe ritornare qualora i sintomi del parto pretermine persistono o si ripetono

In caso di **test positivo** (concentrazione maggiore di 50 ng/ml), considerare la donna in travaglio pretermine e offrire il trattamento come descritto nella sezione 1.8 e 1.9.

Il test ecografico transvaginale per la lunghezza cervicale e quello della fibronectina fetale non vanno utilizzati insieme per la diagnosi di parto pretermine.

Trattamento parto pretermine: tocolitici e corticosteroidi materni

In caso di diagnosi di parto pretermine, bisogna decidere se è necessario o meno tentare di inibire il travaglio considerando le condizioni materne, quelle fetali e il rischio infettivo.

Qualora si decidesse di inibire il travaglio, è necessario ricorrere ai tocolitici, alla terapia corticosteroidea e **antibiotica**.

Secondo le ultime raccomandazioni del RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2017) somministrare a tutte le donne in travaglio pretermine, a prescindere dalla colonizzazione GBS e indipendentemente dalla rottura o meno delle membrane, antibiotici per via endovenosa per prevenire l'insorgenza precoce dell'infezione da GBS nel neonato (dall'articolo presente sul blog, Nuove linee guida per prevenire l'infezione neonatale da GBS a esordio precoce, La Review dell'Ostetrica).

1.8 Tocolitici

Considerare diversi fattori in caso di somministrazione di tocolitici:

- la donna è in travaglio pretermine sospetto o diagnosticato?
- altri fattori clinici (per esempio, sanguinamento o infezione) controindicati nell'arresto del travaglio
- l'età gestazionale
- i probabili benefici dei corticosteroidi materni (vedi sezione successiva)
- disponibilità dell'assistenza neonatale (trasferimento?)
- le preferenze della donna

Tocolitico Nifedipine (calcio antagonista), quando somministrarlo?

- alle donne tra la 24⁺⁰ e 25⁺⁶ settimana di gestazione con membrane intatte e sono in sospetto travaglio pretermine
- alle donne tra la 26⁺⁰ e 33⁺⁶ settimana di gestazione con membrane intatte e sono in sospetto/diagnosticato travaglio pretermine

Se il nifedipine è controindicato offrire antagonisti del recettore dell'ossitocina per la tocolisi. Non somministrare beta mimetici.

1.9 Corticosteroidi materni

Per le donne tra 23⁺⁰ e 23⁺⁶ settimane di gestazione con sospetto/attivo travaglio pretermine o con PPRM, discutere con esse (e i membri della famiglia se opportuno) l'uso di corticosteroidi materni nel contesto delle individuali circostanze.

Considerare corticosteroidi materni per le donne tra 24⁺⁰ e 25⁺⁶ settimane di gestazione con sospetto/attivo travaglio pretermine o con PPRM.

Offrire corticosteroidi materni alle donne tra la 26⁺⁰ e 33⁺⁶ settimana di gestazione che sono in sospetto/diagnosticato travaglio pretermine attivo o con PPRM.

Considerare corticosteroidi materni per le donne tra la 34⁺⁰ e 35⁺⁶ settimana di gestazione che sono in sospetto/diagnosticato travaglio pretermine attivo o con PPRM.

Quando offri o consideri corticosteroidi materni discutine con la donna e informala

- di come possono aiutare i corticosteroidi,
- il potenziale rischio associato ad essi.

Non offrire cicli ripetitivi di corticosteroidi materni ma tenere in considerazione

- l'intervallo dalla fine dell'ultima terapia;
- età gestazionale;
- la probabilità del parto entro le 48 ore.

1.10 Magnesio solfato neuroprotettivo per i neonati pretermine: quando considerarlo??

Offrirlo endovena alle donne tra la 24⁺⁰ e 29⁺⁶ settimana e *considerarne* la somministrazione alle donne tra 30⁺⁰ e 33⁺⁶ settimana di gestazione che sono

- in travaglio di parto pretermine attivo
- o hanno pianificato un parto pretermine entro 24 ore.

Somministrare 4 g in bolo di magnesio solfato endovena più di 15 minuti seguito da un bolo endovena di 1 g per un'ora sino al parto o per 24 ore.

In caso di somministrazione monitorare clinicamente la donna per segni di tossicità da magnesio almeno ogni 4 ore registrando pulsazioni cardiache, pressione sanguigna, frequenza respiratoria e riflessi del tendine profondo (es patellare).

Se la donna ha o sviluppa oliguria o altri segni di danno renale:

- monitorarla più frequentemente per rischio tossicità
- riflettere sulla riduzione della dose di magnesio solfato

1.11 Monitoraggio fetale

Discutere con la donna in caso di sospetto, diagnosticato o già attivo travaglio pretermine:

- lo scopo del monitoraggio e come si evolve
- le decisioni cliniche diverse per ogni età gestazionale
- se appropriato, l'opzione di non monitorare la frequenza cardiaca fetale

Coinvolgere un medico senior sul *se* e *come* monitorare il battito cardiaco fetale per le donne tra 23⁺⁰ e 25⁺⁶ settimane di gravidanza.

Spiegare le diverse opzioni di monitoraggio cardiaco fetale alla donna con la consapevolezza che:

- le evidenze sono limitate circa l'utilità delle caratteristiche del tracciato CTG che possono indicare ipossia o acidosi nei bambini pretermine
- le evidenze sono largamente consistenti in caso di bambini a termine
- un tracciato cardiocografico è rassicurante e indica che il bambino reagisce bene nel travaglio ma un tracciato anormale non necessariamente indica ipossia fetale o acidosi.

Spiegare alla donna che non ci sono evidenze che l'uso della cardiocografia (continua) migliori gli outcomes dei travagli pretermine se comparato con auscultazione intermittente

Offrire alle donne in travaglio pretermine attivo ma senza altri fattori di rischio la scelta del monitoraggio della frequenza cardiaca fetale usando o:

- cardiocografia esterna o
- l'auscultazione intermittente

Elettrodi sullo scalpo fetale

Non usare elettrodi sullo scalpo fetale per il monitoraggio della frequenza cardiaca se la donna è meno di 34⁺⁰ settimane di gestazione a meno che non si applicano tutte le seguenti:

- se non è possibile il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale con cardiocografia esterna o intermittente
- è stato discusso con un medico senior
- è probabile che i benefici superino i potenziali rischi
- le alternative (parto immediato, auscultazione intermittente e no monitoraggio) sono state discusse con la donna e sono inaccettabili per lei

Discutere con la donna la possibilità dell'uso dell'elettrodo su scalpo fetale tra 34⁺⁰ and 36⁺⁶ settimane di gestazione se non è possibile il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale usando cardiocografia esterna o auscultazione intermittente.

Prelievo sangue fetale

Non effettuare il prelievo del sangue fetale se la donna è meno di 34⁺⁰ settimane di gestazione

Discutere con la donna la possibilità dell'uso del prelievo del sangue fetale tra 34⁺⁰ e 36⁺⁶ settimane di gestazione se i probabili benefici superano i potenziali rischi

Nel caso in cui venga offerto, discutere con la donna e riferire a lei che se il prelievo del sangue non è ottenuto un TC è probabile.

1.12 Modalità del parto e clampaggio del cordone nei bambini pretermine

Discutere dei generali benefici e dei rischi di TC e parto vaginale nelle donne con sospetto, diagnosticato o travaglio pretermine attivo e nelle donne con P-PROM.

Aggiungere che i rischi di TC sono specifici per l'età gestazionale. In particolar modo, evidenziare le difficoltà associate con l'esecuzione del TC per i bimbi pretermine specialmente l'aumentata probabilità di un'incisione uterina verticale e le implicazioni di questo nelle future gravidanze.

Non sono conosciuti benefici o danni per i bambini nati da TC ma le evidenze sono molto limitate.

Considerate un TC per le donne che si presentano con sospetto, diagnosticato o travaglio pretermine attivo tra 26⁺⁰ e 36⁺⁶ settimane di gestazione con presentazione podalica.

Tempo di clampaggio del cordone

Se il neonato pretermine deve essere rianimato o se c'è un sanguinamento materno significativo:

- considerare la spremitura del cordone e il clampaggio prima possibile
- aspettare, invece, almeno a 30 secondi, ma non più di 3 minuti, prima di clampare il cordone dei bambini pretermine, se la madre e il piccolo sono stabili.

Posizionare il bambino a livello, o sotto, la placenta prima che venga clampato.

Conclusioni

In Italia le linee guida sulla gestione del parto pretermine sono della SIGO, di cui ne consiglio l'approfondimento per la prevenzione primaria e secondaria.

Secondo il libro Manuale di sala parto, lo scopo della prevenzione è quello di individuare le partorienti con fattori di rischio clinici e/o con test

positivo (contrazioni frequenti, tampone vaginale positivo per vaginosi batterica, test alla fibronectina positivo, cervice corta, evidenziazione del funneling dell'orifizio uterino interno).

I nati pretermine sono piccoli guerrieri e come tali i genitori dovranno essere incoraggiati ad esserne all'altezza, nonostante paure e debolezze.

Spero, altresì, che sia stato pure utile ricevere una copia dell'articolo in formato pdf, da conservare e consultare a proprio piacimento.

Alla prossima Review, Maria C

Sitografia e bibliografia

1 http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/

2 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>

3 <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/88/UT/systemPrint>

4 <http://www.sigo.it/wp-content/uploads/2016/03/Gestione-del-Parto-Pretermine.pdf>

5 Manuale di sala parto, seconda edizione. Valle; Bottino; Merengalli; Zanini