

## **RACCOMANDAZIONI**

### **Per le Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse (22-25 settimane)**

Compito della medicina perinatale è garantire il massimo potenziale di salute del feto, del neonato e della madre.

Nel corso degli ultimi decenni, profondi progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno immesso nell'agire professionale atti clinici che, da eccezionali, sono diventati frequenti.

Non è più un fatto straordinario prestare cure mediche al travaglio di parto e al neonato di bassissima età gestazionale.

Questa situazione interagisce con la società nel suo complesso e le decisioni ad essa connesse coinvolgono importanti aspetti umani, etici, deontologici, medico-legali, economici ed organizzativi e si fondano sulle seguenti evidenze scientifiche:

- L'età gestazionale è definita come l'età post-mestruale in settimane e giorni (esempio: per 23 settimane si intende il periodo compreso tra le 23 settimane e 0 giorni e le 23 settimane e 6 giorni; il feto ha finito le 23 settimane e sta vivendo la 24° settimana di età gestazionale).  
Il calcolo dell'età gestazionale può essere effettuato con indagini ultrasonografiche tra le 7 e le 17 settimane con una maggiore accuratezza (diff +/- 3-4 giorni)
- la prevalenza di nascite ad età gestazionali estreme è bassa (<2/1000 nati vivi) e le statistiche di sopravvivenza e di prognosi di questi neonati consentono di produrre raccomandazioni assistenziali di ordine generale;
- i lavori scientifici non sono numerosi e non sempre metodologicamente robusti a causa delle diverse modalità di arruolamento delle popolazioni in studio e della lunghezza del follow-up dei nati. Inoltre il periodo di conduzione degli studi è distribuito in un arco di tempo molto ampio dal 1995 ad oggi;
- nelle casistiche la prevalenza di disabilità e di morte varia con l'epoca gestazionale, comportando riflessioni sulle scelte assistenziali più appropriate;
- nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione - vale a dire di potenziale vitalità - dato che il parametro peso è influenzato da molti altri fattori, non necessariamente connessi alla vitalità; tuttavia, data la variabilità individuale e a volte l'incertezza della datazione, il comportamento medico e rianimatorio difficilmente può essere categorizzato e necessita comunque di una attenta valutazione delle condizioni cliniche alla nascita
- al di sotto delle 23+0 settimane la sopravvivenza al di fuori dell'utero è del tutto eccezionale (non potendosi escludere eventuali errori di datazione). A partire dalle 25+0 settimane di età gestazionale vi è elevata probabilità di

sopravvivenza, anche se dipendente da cure intensive. Il neonato di età gestazionale compresa tra 23+0 e 24+6 settimane evidenzia un progressivo miglioramento della sopravvivenza per ogni giorno di aumento dell'età gestazionale, pur rimanendo molto elevati i tassi di mortalità, in relazione anche all'eventuale presenza di patologie fetali

- le problematiche sopra sollevate suggeriscono la stesura di raccomandazioni per gli operatori sanitari. Già molti paesi europei ed extraeuropei, si sono espressi in protocolli di comportamento e linee guida redatti da diverse società scientifiche. Queste devono essere intese come suggerimenti per i sanitari nella assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato estremamente pretermine. Va precisato che ogni decisione deve essere individualizzata e condivisa con i genitori, sulla base delle condizioni cliniche del neonato alla nascita e non può prescindere dalla valutazione dei dati di mortalità e disabilità riportati in letteratura e riferiti alla propria area, al fine di fornire ai genitori informazione corrette e esaustive sulle condizioni del neonato e sulla sua aspettativa di vita.

### **Raccomandazioni assistenziali**

L'assistenza ostetrico-neonatologica richiede un approccio perinatale multidisciplinare tra ostetrico-ginecologo, neonatologo, anestesista, ostetrica, infermiere ed altro personale. Tale collaborazione deve essere programmata, quando possibile, anticipatamente, stante il carattere di complessità di queste situazioni.

### **Prima del parto**

#### *Considerazioni generali*

1. Il parto in queste fasce di età gestazionale deve essere considerato una emergenza che richiede il coinvolgimento di personale particolarmente esperto.
2. L'ostetrico-ginecologo ed il neonatologo, se opportuno coadiuvati dallo psicologo e dal mediatore culturale, hanno il dovere di informare i genitori sugli atti diagnostico-terapeutici, loro vantaggi e svantaggi, possibili alternative, per l'assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato. Le ragioni delle scelte debbono essere riportate obbligatoriamente dal medico in cartella, insieme all'attestazione dell'avvenuta informazione dei genitori.
3. L'informazione deve essere completa, accurata e comprensibile.
4. L'opinione dei genitori deve essere tenuta in massima considerazione. Il medico deve, comunque, attenersi alle evidenze scientifiche disponibili ed evitare di imporre le proprie opinioni.
5. In particolare devono essere date ai genitori informazioni su: rischi per la madre nella prosecuzione della gravidanza, modalità di espletamento del parto, future gravidanze, prognosi a breve ed a lungo termine per i feti ed i neonati in

relazione al luogo di cura, al peso, all' età gestazionale, al numero di feto e alla eventuale patologia associata.

6. Qualora eventi estremamente precipitosi impediscano un tempestivo processo informativo, questo dovrà comunque avvenire appena le circostanze lo consentiranno.

### **Cure ostetriche**

1. l'utilizzo dei corticosteroidi in epoca prenatale non si è dimostrato efficace nelle fasce di età gestazionale inferiori alle 24+0 settimane, mentre è altamente raccomandato partire dalla 24+0 settimana;
2. in caso di minaccia di parto pretermine nelle età gestazionali estremamente basse deve essere sempre preso in considerazione il trasferimento della gravida (trasferimento in utero) presso un centro ostetrico-neonatologico di III livello;
3. in caso di parto imminente, il trasferimento in utero presso un centro di cure per le gravidanze ad alto rischio non è indicato al di sotto della 23+0 settimana, può essere proposto tra la 23+0 e la 23+6 settimana ed è altamente consigliato (quando possibile) dalla 24+0 settimana;
4. l' esame istologico della placenta è raccomandato.

### **Modalità del parto e Cure neonatali**

*Età gestazionale: 22+0 - 22+6 settimane*

#### ***Atteggiamento ostetrico***

Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre.

Il taglio cesareo deve essere praticato unicamente per indicazione clinica materna e le madri che lo richiedano per altri motivi, devono essere informate di svantaggi, rischi e complicanze, anche a lungo termine, e sconsigliate.

#### ***Atteggiamento neonatologico***

Al neonato devono essere offerte solo le cure compassionevoli, salvo in quei casi, del tutto eccezionali, che mostrassero capacità vitali.

*Età gestazionale: 23+0 - 23+6 settimane*

#### ***Atteggiamento ostetrico***

Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre.

Il taglio cesareo deve essere praticato unicamente per indicazione clinica materna e le madri che lo richiedano per altri motivi, devono essere informate di svantaggi, rischi e complicanze, anche a lungo termine, e sconsigliate.

### ***Atteggiamento neonatologico***

I parametri vitali del neonato devono essere accuratamente valutati. Quando sussistano condizioni di vitalità, il neonatologo, coinvolgendo i genitori nel processo decisionale, deve attuare adeguata assistenza, che sarà proseguita solo se efficace. Se l'assistenza si dimostra inefficace, al neonato saranno comunque somministrate cure compassionevoli.

*Età gestazionale: 24+0 – 24+6 settimane*

### ***Atteggiamento ostetrico***

Il taglio cesareo può eccezionalmente essere preso in considerazione per motivi fetali.

### ***Atteggiamento neonatologico***

Il trattamento intensivo del neonato è sempre indicato e deve essere proseguito in relazione alla sua efficacia.

*Età gestazionale: 25+0 – 25+6 settimane*

### ***Atteggiamento ostetrico***

Il taglio cesareo può essere preso in considerazione anche per indicazione fetale.

### ***Atteggiamento neonatologico***

I neonati devono essere rianimati e sottoposti a cure intensive.

*Età gestazionale incerta*

Nell'incertezza dell'età gestazionale, assume fondamentale importanza la valutazione clinica del neonato ad opera del neonatologo, che dovrà tenere conto soprattutto delle condizioni del neonato alla nascita, della storia ostetrica e della risposta alle manovre rianimatorie.

## **Cure compassionevoli**

Il neonato non sottoposto a cure intensive, perché considerato non vitale, ha diritto a cure compassionevoli. Deve essere trattato con rispetto, amore e delicatezza. A tali cure è anche candidato il neonato, pur rianimato inizialmente, che non dimostri possibilità di sopravvivenza e per il quale il trattamento venga considerato non efficace ed inutile (*provisional intensive care*).

Ai genitori deve esser offerto il massimo supporto sul piano psicologico.

## **Morte fetale e neonatale**

Alla morte del feto o del neonato i medici che hanno seguito la famiglia devono favorire l'esecuzione degli opportuni accertamenti, compreso, qualora indicato, il riscontro diagnostico.

Dopo l'evento, incontri successivi con i genitori sono utili anche per fornire supporto e consulenza per eventuali future gravidanze.

## **Follow-up del neonato**

I bambini dimessi dalle terapie intensive devono essere seguiti attentamente almeno fino all'età scolare con l'intento:

di una diagnosi precoce delle possibili disabilità;

della istituzione precoce di terapie abilitative;

dell'offerta di assistenza globale e multidisciplinare di cui hanno bisogno;

della valutazione delle cure fornite.

*Il presente documento è stato redatto sulla scorta delle conoscenze scientifiche attuali e dovrà essere sottoposto a revisione in relazione alla loro evoluzione.*

## Raccomandazioni e Linee guida di altri paesi

1. Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes. 1998 Z. Geburtsh. Neonatol. 202:261-263
2. Federation Nationale des Pédiatres Neonatologistes 2000 Dilemmes éthiques de la période périnatale. Recommandations pour les décisions de fin de vie. Document issu des travaux de la Commission Ethique
3. CPS, Fetus and newborn Committee, SOGC, Maternal Fetal Medicine Committee. 2000 Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. CMAJ
4. Gee H, Dunn P. 2000 For the BAPM Executive Committee. Fetuses and newborn infants at the threshold of viability. A framework for practice.
5. Thames Regional Perinatal Group 2000 Guidelines relating to the birth of extremely immature babies (22-26 weeks gestation)
6. ACOG 2002 Perinatal care at the threshold of viability Practice bulletin 100, 3:617-624
7. AAP Clinical Report 2002 Perinatal Care at the Threshold of viability Pediatrics 110:1024-1027
8. FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. 2003 Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology
9. Swiss Society of Neonatology. 2003 Guidelines. Recommendations for the care of infants born at the limit of viability (gestational age 22-26 weeks) Neonet.ch
10. Asociación Española De Pediatría 2004 Recomendaciones en reanimación neonatal. Grupo de Reanimación Cardiopulmonar de la Sociedad Española de Neonatología. An Pediatr Barc. 60,1:65-74
11. American Heart Association 2005 Neonatal Resuscitation Guidelines. Circulation 112:188-195
12. Guidelines for decisions regarding extreme premature birth in the Netherlands 2005 Nederlands beleid bij extreme vroeggeboorte Dutch Pediatric Association
13. Royal College of Pediatrics and Child Health 2004 Withholding or withdrawing life sustaining treatment in children: A Framework for practice London
14. National Medical Ethics Committee 2004 Ethical guidelines on medical treatment of high-risk infants.  
[http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/3352285af1sM/NMEC94\\_97.pdf](http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/3352285af1sM/NMEC94_97.pdf)
15. Pignotti MS and Donzelli G 2008 Perinatal Care at the Threshold of Viability: An International Comparison of Practical Guidelines for the Treatment of Extremely Preterm Births Pediatrics, **121: e 193 – e 198.**

## Riferimenti Bibliografici

1. Costeloe K, et al 2000 The EPICure Study: Outcomes to Discharge from Hospital for infants born at the Threshold of viability. *Pediatrics*,106,4:659-671
2. Wood NS et al 2000 Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med*;343:378-84
3. Marlow N et al 2005 Neurologic and Developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med*,352(1):9-17
4. Vanhaesernbrouck P 2004 The Epibel Study: Outcomes to discharge from hospital for extremely preterm infants in Belgium. *Pediatrics*; 114:663-675
5. Larroque B et Epipage study group. Survival of very preterm infants: Epipage, a population based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89:F139-F144
6. Markestad T 2005 et al. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants. *Pediatrics*;115:1289-1298
7. Allen MC et al 1993 Donohye P, Dusman A. The limit of viability. Neonatal Outcome of infants born at 22 to 25 Weeks' Gestation. *N Eng J Med*; 329:1597-1601
8. EAPM Perinatal Audit. Eds P. Dunn, T. McIllwaine, Parthenon Publ, London 1996
9. Maternal and Neonatal Transport in Europe. Ed. E. Paiernik, Parthenon Publ, Carnforth. *Prenatal and Neonatal Medicine*, vol 4, suppl. 1, December 1999
10. Higgins RD et al 2005 Executive summary of the workshop on the border of viability. *Pediatrics*;115:1392-6
11. Sanders MR et al 1995 Perceptions of the limit of viability: neonatologists' attitudes toward extremely preterm infants" *J Perinatol* 15(6):494-502
12. Canadian Paediatric Society 2000 Bioethics Committee. Treatment decisions for infants and children. (Ref N° B86-01) 1986 Reaffirmed
13. Lorenz et al. 2001 Comparison of management strategies for extreme prematurity in New Jersey and the Netherlands: outcomes and resource expenditure. *Pediatrics*;108:1269-4
14. Oishi M et al. 1997 Japanese experience with micropremies weighing less than 600 grams born between 1984-1993 *Pediatrics*, 99: e 7
15. Hosono S et al. 2006 Morbidity and mortality of infant born at the threshold of viability: ten years experience in a single neonatal intensive care unit, 1991-2000. *Pediatrics International* 48, 33-39
16. Lui K et al. 2006 Perinatal care at the borderlines of viability: a consensus statement based on a NSW and ACT consensus workshop. *MJA*, 185, 495-500
17. Vermont Oxford Network 2006. Non-profit voluntary collaboration concerned with medical care for newborn infants and their families. [www.vtoxford.org](http://www.vtoxford.org)
18. The Nuffield Council on Bioethics 2007. Extreme Prematurity. [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org)

