

Linee guida per la gestione del travaglio e del parto pretermine

Antonino Cartabellotta^{1*}, Antonio Simone Laganà², Maria Matera³, Gianfranco Sfregola⁴, Maria Adriana Burgio⁵, Onofrio Triolo²

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico, U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia, Università di Messina, ³Ostetrica, Ospedale Santa Chiara, APSS Provincia Autonoma di Trento ⁴Ostetrico, U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia, Università Cattolica di Roma, ⁵Ostetrica, Dipartimento Materno-Infantile, ASST (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale), Cremona.

Il parto pretermine costituisce la principale causa di mortalità e morbilità neonatale nel Regno Unito: nel 2012 ha riguardato oltre 52.000 neonati (circa il 7,3% dei nati vivi) in Inghilterra e Galles¹. Nel 75% circa dei casi, il parto pretermine è preceduto da un travaglio pretermine, talora in seguito a rottura prematura delle membrane². La causa del parto pretermine non è sempre nota, ma può essere associata ad infezioni; in altri casi, il parto pretermine consegue a un taglio cesareo in elezione. I bambini prematuri hanno un rischio di mortalità inversamente proporzionale all'età gestazionale alla nascita³; quelli che sopravvivono hanno un'aumentata incidenza di disabilità³.

Questo articolo sintetizza le più recenti raccomandazioni del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sulla gestione del parto pretermine⁴. Le raccomandazioni del NICE sono basate su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili e sull'esplicita considerazione della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza del gruppo che ha prodotto la linea guida — *Guidelines Development Group* (GDG) — e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Informazione e assistenza

1.1. Donne a rischio di parto pretermine o in travaglio pretermine

- Considerare che la donna può essere particolarmente ansiosa. *[Raccomandazione basata su studi osservazionali di qualità da moderata a bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Offrire prima possibile informazioni verbali e scritte e supporto, tenendo conto della probabilità di parto pretermine e dello stato del travaglio. *[Raccomandazione basata su studi osservazionali di qualità da moderata a bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

1.2. Donne che hanno programmato un parto pretermine o con travaglio pretermine indotto

- Fornire informazioni sulle probabilità di sopravvivenza del neonato, sugli esiti (inclusi quelli a lungo termine) e sui rischi per il bambino, utilizzando misure oggettive e

comprensibili (es. 1 su 100).

- Fornire spiegazioni sulle cure neonatali per i bambini prematuri e indicazioni sulla sede di assistenza.
- Chiarire i problemi immediati che possono insorgere nei bambini pretermine.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità da moderata a bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

2. Prevenzione del parto pretermine

- Permettere di scegliere tra la profilassi con progesterone vaginale e il cerchiaggio cervicale alle donne con:
 - precedenti di parto spontaneo pretermine o aborto tra la 16+0 e 34+0 settimana di gestazione, e
 - lunghezza cervicale <25 mm a un'ecografia transvaginale eseguita tra la 16+0 e la 24+0 settimana di gestazione

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da alta a molto bassa da trial controllati randomizzati]

- Eseguire la profilassi vaginale con progesterone a donne senza precedenti di parto pretermine o aborti nel secondo trimestre, che presentano una lunghezza cervicale <25 mm ad un'ecografia transvaginale eseguita tra la 16+0 e la 24+0 settimana di gestazione. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Considerare la profilassi con cerchiaggio cervicale per le donne con lunghezza cervicale <25 mm ad un'ecografia transvaginale eseguita tra la 16+0 e la 24+0 settimana di gestazione, e con anamnesi positiva per:

Citazione. Cartabellotta A, Laganà AS, Matera M et al. Linee guida per la gestione del travaglio e del parto pretermine. *Evidence* 2016;8(5): e1000141.

Pubblicato 23 maggio 2016

Copyright. © 2016 Cartabellotta et al. Questo è un articolo open access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

- rottura prematura delle membrane durante una precedente gravidanza, *oppure*
- trauma della cervice

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

3. Cerchiaggio di emergenza

- Non ricorrere al cerchiaggio di emergenza nelle donne che presentano segni di infezione, sanguinamenti vaginali in atto o contrazioni uterine.
- Considerare il cerchiaggio di emergenza per le donne tra la 16+0 e la 27+6 settimana di gestazione in presenza di dilatazione cervicale e membrane amniocoriali integre ed esposte.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

4. Monitoraggio fetale: cardiocografia e auscultazione intermittente

- In caso di travaglio pretermine, discutere con la donna:
 - obiettivi e implicazioni del monitoraggio fetale
 - decisioni cliniche in relazione alle differenti epoche gestazionali
 - se appropriato, la possibilità di non monitorare la frequenza cardiaca fetale

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Nelle donne in travaglio pretermine, in assenza di altri fattori di rischio, monitorare la frequenza cardiaca del feto utilizzando
 - cardiocografia ad ultrasuoni esterni, *oppure*
 - auscultazione intermittente⁵

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

5. Scelta della modalità di parto

- Discutere con le donne a rischio di parto pretermine (sospetto, diagnosi o accertamento di travaglio pretermine) benefici e rischi generali del taglio cesareo e del parto spontaneo vaginale⁶. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Spiegare benefici e rischi del taglio cesareo specifici per l'epoca gestazionale e sottolineare le difficoltà associate al taglio cesareo in parto pretermine, in particolare l'aumento della probabilità di un'incisione uterina longitudinale e le relative implicazioni per eventuali gravidanze future. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Spiegare che benefici o rischi del parto cesareo per il neonato non sono noti perché le evidenze sono piuttosto limitate. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità*

molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Considerare il taglio cesareo per le donne tra la 26+0 e la 36+6 settimana di gestazione in caso di presentazione podalica. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

6. Timing del clampaggio del cordone ombelicale nei neonati pretermine

- Se la madre e il neonato sono stabili, sia nel parto vaginale sia nel taglio cesareo attendere almeno 30 secondi, ma non oltre 3 minuti, per clampare il cordone ombelicale. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

7. Potenziali ostacoli all'implementazione

Questa linea guida raccomanda le strategie per ridurre i rischi nelle donne con elevata probabilità di parto pretermine. Uno dei principali ostacoli all'implementazione è la possibilità di eseguire l'ecografia transvaginale per diagnosticare il travaglio pretermine, permettendo così di trattare la condizione e trasferire le pazienti in strutture dotate di terapia intensiva neonatale, fondamentale per ridurre la mortalità neonatale. Inoltre, oggi esiste variabilità nell'impiego dei tocolitici perché non è certo in quali donne sono efficaci, quando dovrebbero essere somministrati e quale agente scegliere. L'uso appropriato della tocolisi permette di ritardare il parto pretermine e di adottare ulteriori strategie prenatali per migliorare gli esiti dei neonati pretermine.

8. Raccomandazioni per la ricerca futura

- Nelle donne con cervice accorciata e anamnesi di parto spontaneo pretermine, qual è l'efficacia comparativa tra profilassi vaginale con progesterone, cerchiaggio cervicale e loro combinazione per la prevenzione del parto pretermine?
- Nelle donne con rottura prematura delle membrane, qual è l'accuratezza diagnostica del dosaggio seriato della proteina C reattiva per diagnosticare la corioamniosite?
- Nelle donne a rischio di parto pretermine, qual è l'efficacia del cerchiaggio in emergenza?
- Nei neonati prematuri qual è l'efficacia di bolo + infusione di solfato di magnesio vs il solo bolo per prevenire disturbi del neurosviluppo?

BIBLIOGRAFIA

1. Office for National Statistics. Gestation-specific infant mortality, 2012. October 2014. Disponibile a: <http://web.ons.gov.uk/ons/rel/child-health/gestation-specific-infant-mortality-in-england-and-wales/2012/stb-gestation-specific-infant-mortality--2012.html>. Ultimo accesso: 23 maggio 2016

2. Norman JE, Morris C, Chalmers J. The effect of changing patterns of obstetric care in Scotland (1980-2004) on rates of preterm birth and its neonatal consequences: perinatal database study. *PLoS Med* 2009;6:e1000153.
3. Costeloe KL, Hennessy EM, Haider S, Stacey F, Marlow N, Draper ES. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). *BMJ* 2012;345:e7976.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour. November 2015. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/ng25. Ultimo accesso: 23 maggio 2016
5. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. December 2014. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/cg190. Ultimo accesso: 23 maggio 2016
6. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section. August 2012. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/cg132. Ultimo accesso: 23 maggio 2016