

IL NEONATO CON DANNI PRENATALI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E GRAVI MALFORMAZIONI CONGENITE

Dr. Hubert Messner

Introduzione

Spesso il pediatra e il neonatologo si trovano nella situazione di dover decidere tra prosecuzione e sospensione di una terapia intensiva. A volte si arriva al punto in cui le tecniche di medicina intensiva posticipano il momento della morte prolungando le sofferenze del piccolo paziente e dei suoi genitori. (1)

La posizione di garante impone al medico l'obbligo di prestare ai suoi pazienti le cure migliori e più efficaci.

Di norma "prestare l'aiuto migliore possibile" significa ricorrere ad ogni mezzo disponibile ai fini della guarigione o del miglioramento della patologia. Nei quadri patologici con diagnosi infausta come gravi malformazioni o gravi danni prenatali al sistema nervoso centrale, "prestare l'aiuto migliore possibile" può equivalere ad intervenire con terapie antalgica e ansiolitica, in particolare quando il mantenimento artificiale delle funzioni vitali porta esclusivamente ad un prolungamento del dolore e della fase che precede l'exitus (2).

PRENDERE UNA DECISIONE

La decisione sul neonato affetto da gravi malformazioni congenite o danni neurologici prenatali, deve dipendere dalla prognosi e dalla valutazione della qualità della vita del piccolo.

Non esistono tuttavia fattori o parametri clinici capaci di dare un quadro assolutamente certo della prognosi o dell'outcome. Quindi la decisione a favore o a sfavore di un trattamento va spesso presa prima che siano disponibili tutte le informazioni necessarie relative all'outcome stesso (3).

Fattori determinanti ai fini della decisione:

1. Rianimazione

- indice APGAR: un indice Apgar pari a 0 è indicativo di grave handicap neurologico o di morte entro 10 minuti nonostante adeguata rianimazione (4-5).

- pH del cordone ombelicale: di per sè non rappresenta un buon indicatore dell'outcome; in presenza di pH <7.00 la mortalità aumenta dell' 8% (6).
- il lasso di tempo in cui inizia la respirazione spontanea: se trascorrono più di 30 minuti il rischio di handicap grave o di morte sale al 72% circa (7)

2. Esame clinico

- il grado di severità dell'encefalopatia ipossico – ischemica è suddiviso in 3 differenti stadi: stadio I con rischio di mortalità o di grave handicap dell'1,6%, stadio II con rischio del 24% e stadio III con rischio del 78% (7).
- l'elettroencefalogramma: quando l'EEG esprime anomalie gravi come burst suppression e low voltage sussiste rischio al 95% di mortalità o di grave handicap; il rischio è del 64% in presenza di slow wave activity (7).

3. Procedimenti diagnostici

- Le modificazioni dell'ecografia cranica da encefalopatia ipossico - ischemica comportano un aumentato rischio di danni neurologici. Spesso dette modificazioni emergono a distanza di 2 o 3 giorni. Per la diagnosi precoce si ricorre frequentemente alla tomografia computerizzata e alla risonanza magnetica.
- I potenziali evocati: sussiste una stretta correlazione tra questi e l'outcome. (8).

Tutti questi indicatori non consentono tuttavia di fare una prognosi esatta. Resta quindi invariato il diritto ad un corretto e adeguato trattamento terapeutico.

Nei seguenti casi possono comunque essere giustificate l'astensione da una terapia intensiva o l'interruzione della stessa:

- in caso di prognosi di breve sopravvivenza a fronte di terapia intensiva in presenza di danni irreparabili dello sviluppo.
- nei casi in cui il trattamento non sia di giovamento per il bambino e si prolunghi un eventuale stato di sofferenza.

CONCLUSIONI

Nel caso di gravi malformazioni e di danni neurologici prenatali, dopo una diagnosi e una prognosi corrette e previo consulto con genitori ed equipe medica, è possibile accantonare gli interventi di prolungamento della vita e lasciar andare il bambino con dignità.

Bibliografia:

1. Kurz R. Decision making in extreme situations involving children: withholding or withdrawal of life supporting treatment in paediatric care. Statment of the ethics working groups of the confederation of the European specialists of Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2001; 160:214-216
2. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).
3. Wilham R et al. Ethical decision making in perinatal asphyxia. Clinics in Perinatology 1996; 23 (3):509-518
4. Jani L. et al. Cardiopulmonary resuscitation of apparently stillborn infants: survival and long term outcome. J Pediatr 1991; 118:778-782
5. Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics 1981; 68(1):287-304
6. Goldaber KB et al. Pathologic fetal acidemia. Obstet Gynecol 1991; 78:1103-7
7. Perlman JU et al. Can asphyxiated infants at risk for neonatal seizures be rapidly identified by current high-risk markers? Pediatrics 1996;97(4):456-62
8. Gibson NA. Somatosensory evoked potentials and outcome in perinatal asphyxia. Arch Dis Child 1992; 67 (4):393-398.