

Αντιμετώπιση του εξαιρετικά ανώριμου νεογνού στην αίθουσα τοκετού

Χ Κώσταλος

Νεογνολογικό Τμήμα ΠΓ Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Αλληλογραφία: Χ. Κώσταλος

Νεογνολογικό Τμήμα ΠΓ Νοσοκομείου Αθηνών Αλεξάνδρα, Β. Σοφίας 80, Αθήνα
Τηλ.: 210. 7790864

Εισαγωγή

Το ποσοστό των προώρων τοκετών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Η τεχνολογική πρόοδος έχει οδηγήσει στην επιβίωση διαρκώς μεγαλύτερου αριθμού προώρων νεογνών με παράλληλη μείωση του κατώτερου ορίου βιωσιμότητας^{1,2}. Η μεγάλη προβολή που δίνουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όταν επιβιώνει πρόωρο με βάρος μόλις 350 γραμμαρίων δημιουργεί υπερβολικές προσδοκίες στο ευρύ κοινό το οποίο από εκεί και πέρα θεωρεί αυτονόητο ότι κάθε νεογέννητο με ανάλογο βάρος θα πρέπει να επιβιώσει. Αυτό αναγκαστικά δημιουργεί μεγάλη πίεση στο μαιευτήρα και στον νεογνολόγο. Κάτι που λείπει ίσως στη χώρα μας είναι ένα πρωτόκολλο κοινής αποδοχής που να δίνει ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές πάνω στην αντιμετώπιση του εξαιρετικά ανώριμου νεογέννητου. Αυτό που τονίζεται κατά κόρον από όλους τους ξένους μελετητές του θέματος είναι η σημασία έγκαιρης ενημέρωσης του νεογνολόγου σε κάθε επαπειλούμενο πρόωρο τοκετό κι η επαφή με την επίτοκη. Αυτό θα δώσει την ευκαιρία στο νεογνολόγο να διαπιστώσει το βαθμό ωριμότητας του εμβρύου με βάση το τελευταίο υπερηχογράφημα, να πληροφορηθεί από πρώτο χέρι τις επιθυμίες αλλά και τις προσδοκίες των γονιών, και να συζητήσει με τους

γονείς τις πιθανότητες επιβίωσης του προώρου και την βραχυπρόθεσμη αλλά και μακροπρόθεσμη πρόγνωση ενός πολύ ανώριμου βρέφους.

Είναι πολύ σημαντικό να καλλιεργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας αφ ενός και της ιατρικής ομάδας αφ ετέρου και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την πρόωμη επαφή με τους γονείς αλλά και τη συνεχή συνεργασία μαζί τους. Αυτό θα οδηγήσει σε καλύτερη αποδοχή των προτάσεων των ιατρών σχετικά με την αντιμετώπιση του παιδιού. Επειδή η σωστή πληροφόρηση στηρίζεται σε σωστή ενημέρωση θα πρέπει κάθε νοσοκομείο να εκδίδει κάθε έτος τα στατιστικά του στοιχεία σχετικά με την θνησιμότητα και νοσηρότητα πολύ πρόωρων νεογνών ανάλογα με την ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης. Η έγκαιρη επαφή με τους γονείς έχει και το πρόσθετο όφελος της διερεύνησης του ιστορικού της κύησης. Παράγοντες που παίζουν μεγάλο ρόλο στη λήψη σωστών αποφάσεων εκτός από την ηλικία κύησης είναι και τα εξής: χορηγήσιμη βηταμεθαζόνη, το φύλο του εμβρύου, η πολύδυμη κύηση, η ενδομήτρια δυστροφία, τα αποτελέσματα από την εξέταση της αιματικής ροής στην ομφαλική αρτηρία του εμβρύου με Doppler, η παρουσία ή όχι οξέωσης. Στην απόφαση για το αν θα γίνει προσπά-

θεια ανάνηψης ή όχι θα πρέπει να ληφθεί υπ όψιν και το προηγούμενο μαιευτικό και παθολογικό ιστορικό της μητέρας όπως πχ υπογονιμότητα, απώλεια παιδιών, τεχνητή γονιμοποίηση, ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια, όπως και θρησκευτικοί και πολιτισμικοί λόγοι^{3,4}.

Σε ότι αφορά στον καθορισμό ενός πλαισίου δράσης για τον κλινικό ιατρό οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν στα εξής. Στην ανάνηψη πρέπει να παρίσταται πεπειραμένος νεογνολόγος προκειμένου να εκτιμήσει με ακρίβεια το βαθμό ωριμότητας του νεογνού. Σε πρόωρο ηλικίας κύησης κάτω των 23 εβδομάδων δεν γίνεται ανάνηψη αφού η θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι εξαιρετικά μεγάλη. Σε πρόωρο 23 έως 23+6 εβδομάδες συνήθως δεν συνιστάται ανάνηψη παρά μόνο αν οι γονείς εκφράσουν αυτή την επιθυμία. Πρόσφατες στατιστικές δείχνουν ότι η θνησιμότητα σε αυτή την ηλικία φθάνει το 80% ενώ από τα νεογνά που επιβιώνουν το 50% παρουσιάζει μέτριου ή σοβαρού βαθμού αναπηρία. Για την ηλικία από 24 έως 24+6 εβδομάδες η επιβίωση φθάνει το 50%-60% ενώ μέτρια ή σοβαρή αναπηρία παρατηρείται στο 50% των νεογνών που επιβιώνουν. Από 25 εβδομάδες και πάνω η επιβίωση ξεπερνάει το 60% ενώ η νοσηρότητα κυμαίνεται μεταξύ 25-30%. Η σύσταση εδώ είναι να γίνεται ανάνηψη εκτός αν οι γονείς ή οι ιατροί έχουν διαφορετική γνώμη^{5,6}. Παράγοντες που θα μετρήσουν στο να αρχίσουμε ή να συνεχίσουμε την ανάνηψη είναι: η ύπαρξη ή όχι εκχυμώσεων, το βάρος γέννησης, η ανταπόκριση σε αερισμό με ασκό και μάσκα. Η ύπαρξη πολλαπλών εκχυμώσεων αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα όπως και η μη ανταπόκριση του νεογνού στην ανάνηψη με αύξηση σφύξεων και εμφάνιση αναπνευστικής προσπάθειας μέσα στα πρώτα 2-3 λεπτά από την έναρξη της ανάνηψης. Σε περίπτωση βραδυκαρδίας η χορήγηση επινεφρίνης και οι μαλλάξεις της καρδιάς δεν έχουν κανένα νόημα για το πολύ ανώριμο βρέφος. Όπως δεν έχει νόημα και η παράταση της ανάνηψης για πάνω από 10 λεπτά της ώρας. Τέλος ανεξάρτητα της έκβασης του παιδιού σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να δίνεται ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας τόσο από την ιατρική ομάδα όσο και από πιο ειδικούς πάνω στο θέμα πχ κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ιερείς.⁷

Βιβλιογραφία

1. Wilson-Costello D et al. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics* 2005;115:997-1003.
2. Goldsmith JP et al. Ethical decisions in the delivery room. *Clin Perinatol* 1996;23:529-550.
3. Boyle RJ, Kattwinkel J. Ethical issues surrounding resuscitation. *Clin Perinatol* 1999;26:779-792.
4. Pignotti MS, Donzelli G. Perinatal care at the threshold of viability: An international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. *Pediatrics* 2008;121:e193-e198.
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics* 2007;119:401-403.
6. Pignotti MS. Extremely preterm births: recommendations for treatment in European countries. *Arch Dis Child Neonatal Ed*, 2008;93:F403-F406.
7. Wilkinson AR et al. Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks of gestation: a framework for clinical practice at the time of birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F2-F5.