

Il parto pretermine

Prof. Fabio Facchinetti

Il parto pretermine costituisce ancora oggi una patologia della gravidanza di estremo rilievo e uno dei maggiori problemi sanitari, essendo gravato da un'elevata morbilità e mortalità neonatale, e da importanti sequele patologiche a distanza. L'incidenza del parto pretermine è rimasta stabile negli ultimi 30 anni, attestandosi tra il 6 ed il 15% di tutti i parti (1).

A tutt'oggi l'etiopatogenesi del parto pretermine è multifattoriale, dal momento che vari fattori di origine sia materna che fetale, fra loro variamente combinati, convergono in diversa misura nel determinare l'insorgenza di tale patologia. Gli studi epidemiologici condotti a riguardo, hanno evidenziato vari fattori di rischio biologico: fattori locali, complicanze ostetriche remote o complicanze della gravidanza in corso, ma circa il 50% dei parti prematuri si verifica in assenza di tali condizioni predisponenti (2).

Per questo motivo, accanto alle ipotesi di natura strettamente organica, la ricerca epidemiologica ha incentrato l'attenzione sugli aspetti socioeconomici e comportamentali che con maggior frequenza si associano al parto pretermine; tra questi la nulliparità, un'età <20 anni o > 35, la razza nera che appare più colpita rispetto alla caucasica, una bassa statura e basso peso corporeo, un basso livello culturale, gravidanze ripetute e ravvicinate (1).

Da molti anni inoltre, vengono condotti studi per elucidare eventuali correlazioni fra affettività, psicopatologia e parto pretermine: e' ormai assodato come la presenza di "eventi stressanti", pur riconoscendo l'aleatorio concetto che la parola "stress" può rivestire a seconda del contesto in cui viene utilizzata, sia significativamente associata allo scatenamento del travaglio, e quindi al parto pretermine (3). Tali valutazioni però non forniscono indicazioni circa l'impatto che lo stress di natura psicologica può avere sulla vita del paziente: il distress è infatti funzione della vulnerabilità del momento in cui si presenta lo stress, delle capacità adattative individuali e della presenza di supporto sociale.

La letteratura peraltro ci impone di non definire i fattori socioeconomici come determinanti l'esordio di un travaglio pretermine indipendentemente da ogni contesto, ma piuttosto di considerare il parto pretermine come una diretta conseguenza del distress psicosociale che vede il suo inizio negli "svantaggi" socioeconomici (4).

E' pur vero però che gli studi condotti si sono sempre soffermati sull'esito principale, cioè il parto prematuro, non dando la giusta attenzione al sintomo cardine della minaccia di parto pretermine, cioè l'ipercontrattilità uterina, associata alla modificazione della cervice.

Non bisogna sottovalutare il fatto che l'inizio di contrazioni intense e regolari, sebbene abbia uno scarso valore predittivo positivo per l'esordio del travaglio pretermine (5), è vissuto in ogni caso dalla donna come un sintomo enormemente allarmante, che la spinge a rivolgersi ad una struttura ospedaliera per richiedere un trattamento.

Anche in base alle nostre osservazioni cliniche, ci è possibile affermare che una significativa percentuale di donne ricoverate per minaccia di parto pretermine, porterà poi avanti la gravidanza fino alla quarantesima settimana di gestazione e oltre, pur venendo in ogni caso sottoposta a ripetuti ricoveri ospedalieri.

Per questo motivo, ci siamo soffermati ad analizzare quanto i diversi fattori di rischio socioeconomici, descritti come predisponenti per lo scatenamento del travaglio pretermine, l'adattamento psicosociale alla gravidanza, nonché lo stato di benessere e di distress psicologico incidessero effettivamente con l'inizio delle contrazioni uterine prima della 37 settimana di gestazione.

Cinquantuno donne (di cui 32 nullipare e 19 pluripare) ricoverate con diagnosi di "minaccia di parto pretermine" secondo i seguenti criteri: -età gestazionale compresa tra le 25 e le 34 settimane, - presenza di contrazioni uterine regolari (5-8 min di intervallo, della durata di 30 sec) -modificazione e/o dilatazione della cervice uterina, -mancata risposta all'idratazione, sono state incluse in uno studio prospettico caso-controllo. Come controlli sono state

intervistate donne, della stessa età gestazionale, che portavano avanti una gravidanza fisiologica.

Durante il ricovero tutte le pazienti sono state sottoposte, alla somministrazione di terapia tocolitica (Ritodina o Tractocile e.v.) per almeno 48 ore, e di Betametasona i.m per stimolare la maturazione polmonare fetale; a tutte veniva inoltre effettuata una valutazione ecografia della lunghezza della cervice uterina (6), oltre che un monitoraggio cardiocografico quotidiano. Le pazienti potevano essere dimesse se, interrompendo la terapia tocolitica, l'attività contrattile uterina era cessata, altrimenti venivano sottoposte ad un ulteriore ciclo di terapia.

Oltre a schede informative per la raccolta dei dati socioculturali, il giorno prima della dimissione venivano somministrati due tipi di questionari: 1) Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (7): questionario self-report costituito da sette scale che misurano rispettivamente sette dimensioni psicosociali della gravidanza; 2) Scala del benessere psicologico (PWB) (8): costituita da 84 items compresi in sei scale corrispondenti a dimensioni del benessere psicologico

Innanzitutto è stato osservato che le pazienti hanno partorito ad un'epoca gestazionale significativamente più precoce rispetto ai controlli, inoltre 4/51 tra i controlli e 14/51 pazienti hanno partorito effettivamente prima delle 37 settimane: al sintomo dell'ipercontrattilità uterina, quindi è da attribuirsi un basso valore predittivo positivo.

Inoltre, analizzando anche sommariamente i dati, appariva evidente che il grado socioculturale delle pazienti era nettamente inferiore rispetto a quello dei controlli, ma allo stesso tempo tra le pazienti c'erano un maggior numero di professioni altamente responsabilizzanti (manager, libere professioniste, etc.). Inoltre, in tutte le scale dell'adattamento psicosociale i punteggi medi sono risultati più elevati nel gruppo dei controlli; particolarmente significativi sono apparsi la non adeguata "relazione con il marito", che misura il supporto e la comunicazione nell'ambito della relazione con il proprio compagno, e la ridotta "accettazione della gravidanza" che misura i sentimenti di gioia e di contentezza per la gravidanza, nonché la tolleranza e la capacità di adattamento ai cambiamenti e ai disagi causati dalla gravidanza. Nell'interpretazione del PWB i controlli risultavano avere una migliore "crescita personale" (scala che misura la sensazione di continuo sviluppo che il soggetto può avere, l'apertura a nuovi compiti ed esperienze di vita), un maggior " controllo ambientale" (scala che valuta la capacità del soggetto di controllare e gestire attivamente l'ambiente in cui vive e la capacità di cambiarlo e ricostruirlo creativamente), migliori "relazioni positive con gli altri" (scala con cui si valuta la qualità delle relazioni interpersonali, la capacità di empatia, di affetto e di intimità, l'apertura nei confronti degli altri).

Osservando globalmente i risultati ottenuti dai questionari e dalle schede informative per la raccolta dei dati socioculturali, ci è possibile affermare che fattori di rischio indipendenti tra loro, quali l'appartenere ad un basso substrato socioculturale, l'avere un lavoro di alta responsabilità, e l'instaurare relazioni interpersonali poco soddisfacenti, in particolare col proprio partner, sono significativamente associati all'inizio delle contrazioni uterine pretermine.

Di questi stessi fattori e della loro correlazione con l'evento ostetrico in discussione c'è del resto una grande evidenza in letteratura: in uno studio effettuato negli USA, è stato dimostrato che il rischio di parto pretermine è direttamente correlato al tipo di educazione, al guadagno e al lavoro delle donne in gravidanza (9). Così come un altro studio ha riportato che condizioni lavorative molto faticose (quali più di 35 ore di lavoro a settimana, lo stare in piedi a lungo continuativamente), e situazioni psicologicamente stressanti sull'ambiente di lavoro, erano da considerare fattori predisponenti (10).

Per quanto riguarda i nostri risultati è possibile ipotizzare che le donne " in carriera" (manager o professioniste), vivano inconsciamente o meno la gravidanza come un ostacolo per l'affrontare le molteplici esigenze del loro lavoro, e che questo comporti per loro una esperienza estremamente stressante. In uno studio di Yali (11) si sottolinea l'importanza della capacità delle donne di rispondere allo stress, e cioè che il loro modo di adattarsi ad una situazione stressante ("coping") potrebbe agire come un moderatore.

Alcune donne possono fronteggiare lo stress in modo appropriato, riuscendo quindi a diminuire il loro di stress emozionale, proteggendosi quindi da eventuali complicanze della gravidanza;

altre potrebbero attuare forme non adatte di "coping" che esacerberebbero invece il distress emozionale e aumenterebbero la probabilità di un evento avverso. Una delle più importanti forme di "coping" inadeguate è considerato "l'evitamento". Questo potrebbe mettere la donna in condizioni tali da non riuscire a fruire dei benefici – psicologici e fisici – offerti dalla gravidanza, portandola quindi a vivere negativamente l'esperienza, esprimendo emozioni negative (12,13). Il meccanismo di "evitamento" potrebbe altresì essere alla base della spasmodica ricerca, spesso immotivata, di queste donne di attenzioni mediche o di altre forme di assistenza, come spesso accade nelle nostre pazienti.

Un'altra osservazione derivante dai risultati del Prenatal questionnaire è che le donne ricoverate hanno dimostrato avere una più bassa accettazione della gravidanza rispetto ai controlli.

In letteratura è riportato che un basso livello socioeconomico è spesso correlato con gravidanze non desiderate e non pianificate (14). Fronteggiare una tale situazione è estremamente complesso per chiunque, a maggior ragione per chi ha un estremo senso di inadeguatezza, un elevato livello di ansia, poca stima in se stesso e ridotta relazione positiva con gli altri: la naturale conseguenza è un innalzamento del livello di stress.

La gravidanza è senza dubbio da considerarsi come uno degli eventi più importanti nella vita di una donna; è pur vero che la donna si ritrova a dover affrontare molti cambiamenti fisici (aumento di peso), e psicologici (stato emozionale e attitudinale nei confronti della maternità) (15-17). Il sentimento di una donna durante la gravidanza può quindi oscillare tra l'essere gratificata per la sua condizione e nello stesso tempo minacciata dalla gravidanza stessa.

Il supporto degli altri, specialmente quello del marito, gioca un ruolo fondamentale in questa delicata situazione. Molti sono gli studi che hanno dimostrato che le donne che vivono l'esperienza di un parto pretermine spesso non sono sposate e non hanno condizioni familiari e sociali tali da potersi sentire in qualche modo supportate nell'ambiente che le circonda (20, 21).

Il poter avere aspettative nei confronti di qualcuno, credere che gli altri ci saranno nel momento in cui ci rivolgiamo a loro per essere aiutati rende una persona senza dubbio più propensa a percepire gli eventi come meno stressanti e quindi ad affrontarli in modo più consona e spesso con successo (24,25). La nostra statistica, quindi conferma ulteriormente quello che è stato dimostrato in letteratura.

Possiamo concludere che le nostre pazienti sembrano essere più vulnerabili al distress rispetto ai controlli, in quanto più carenti di un appropriato livello culturale, nonché di un supporto familiare e sociale.

Una proposta di lavoro potrebbe essere interpretare l'insorgenza della contrattilità uterina pretermine come il risultato di una somatizzazione del distress psicologico.

BIBLIOGRAFIA

1. Moutquin J.M. Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. BJOG 2003; 110: 56-60
2. Chalmers B. Psychological factors and obstetrics complications. Psychol Med 1983; 13: 333-339
3. Peacock J.L., Bland M.J., Anderson H.R. Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. BMJ 1995; 311: 531-536
4. Kramer M.S., Goulet L., Lyndon J. Socio-economics disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. Pediatr Perinat Epidemiol 2001; 15: 104-123
5. Berkman N.D., Throp J.M., Lohr K.N., Carey T.S., Hartmann K.E., Gavin N.I., et al. Tocolytic treatment for the management of preterm labor: A review of the evidence. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1648-1659
6. Sonek J, Iams JD et al. Measurement of cervical length : comparison between vaginal ultrasonography and digital examination. Obstet Gynecol 1990; 76: 172-5.

7. Lederman R.P. Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984
8. Fava G.A., Kellner R., Perini G.I., Fava M., Michelacci L., Munari F., et al. Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *Can J Psychiatry*, 1983; 28: 117-123
9. Ryff CR, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 14-23
10. Parker J.D., Schoendorf K.C., Kiely J.L. Associations between measures of socio-economic status and low birth weight, small for gestational age and premature delivery in the United States. *Ann. Epidemiol.* 1994; 4: 271-278
11. Escriba Aguir V, Perez Hojos S., Saurel Cubizolles M.J. Physical load and psychosocial demand at work during pregnancy and preterm birth. *Arch Occup Environ Health* 2001; 4: 1-10
12. Yali A.M., Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20: 39-52
13. Rini C.K, Dunkel-Schetter C, Wadhwa P.D, Sandman C.A. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology* 1999; 18: 333-345
14. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the aetiology of physical disease. *Health Psychology* 1988; 7: 269-297
15. Parker J.D, Schoendorf K.C, Kiely J.L. Associations between measures of socio-economic status and low birthweight, small for gestational age and premature delivery in the United States. *Ann Epidemiol* 1994; 4: 271-278
16. Lobel R.P. Pregnancy and mental health. In Friedman H, ed. *The encyclopaedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press, 1998; 229-238
17. Noebeck JS, Anderson NJ. Life stress, social support, and anxiety in mid-and-late pregnancy among low income women. *Res Nurs Health* 1989; 12: 281-7
18. Reading A.E., Cox D.N., Sledmere C.M., et al. Psychological changes over the course of pregnancy: a study of attitudes towards the fetus/neonate. *Health Psychol* 1984; 3: 211-221
19. Gottesman M.M. Maternal adaptation during pregnancy among adult, early, middle, and late child bearers: similarities and differences. *Matern-Child Nurs J* 1992; 20: 93-110
20. Sorenson D.S. Uncertainty in pregnancy. *NACOG's Clin In Perinat Wom Health Nurs* 1990; 1: 289-96
21. Lobel m., Dunkel-Schetter C., Scrimshaw S.C.M. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol* 1992; 11: 32-40
22. Schulman H., Kalton G. Survey methods. In Lindzey G., Aronson E., eds. *The Handbook of social psychology*, 3rd edn. New York: Random House, 1985; 635-97
23. Marmot M.G, Fuhrer R., Ettner S.L, Marks N.F, Bumpass L.L, Ryff C.D. Contribution of psychological factors to socio-economic differences in health. *Milbank Quarterly* 1988; 76: 403-448
24. Hoffman J.H, Bakketeig L.S. Risk factors associated with the occurrence of preterm birth. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 1984; 27: 539-552
25. Gottlieb B.H. Social support and the study of personal relationships. *J Social and Personal Relationships* 1985; 2: 351-375
26. Coyne J.C., Bolger N. Doing without social support as an explanatory concept. *J Social and Clinical Psychology* 1990; 9: 148-158