

Το όψιμο πρόωρο-ένας νέος πονοκέφαλος για το Νεογνολόγο

Κώσταλος Χ.

Νεογνολογικό Τμήμα ΠΓ Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Αλληλογραφία: Χ. Κώσταλος

Νεογνολογικό Τμήμα ΠΓ Νοσοκομείου Αθηνών Αλεξάνδρα, Β. Σοφίας 80, Αθήνα

Τηλ.: 210. 7790864

Εισαγωγή

Η πολύ πρόσφατη δημοσίευση της μελέτης των Morse και συν¹ που δείχνει ότι η συχνότητα εμφάνισης νευροαναπτυξιακών προβλημάτων στα όψιμα πρόωρα (Ο.Π) είναι αυξημένη κατά 36% σε σχέση με τα τελειόμηνα, μας δημιουργεί σοβαρές ανησυχίες. Δυστυχώς ο αριθμός των ΟΠ, δηλαδή προώρων με ηλικία κύησης μεταξύ 34 και 37 εβδομάδων, έχει αυξηθεί θεαματικά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση αυτή φθάνει το 40% στις ΗΠΑ την τελευταία 20 ετία. Αλλά και στην χώρα μας παρά την έλλειψη στατιστικών στοιχείων φαίνεται να αυξάνεται σταθερά ο αριθμός τους και αποτελούν το 1/3 των βρεφών που εισάγονται στη ΜΕΝΝ. Κύρια αιτία της αύξησης αυτής είναι η αύξηση του αριθμού των εκλεκτικών καισαρικών. Τα νεογνά αυτά αν και αρκετά ώριμα εξωτερικά δεν παύουν να εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα. Όπως έχει πολύ εύστοχα λεχθεί είναι οι "μεγάλοι απατεώνες" -great impostors²-διότι ξεγελούν με την εμφάνισή τους και εκλαμβάνονται για τελειόμηνα, ενώ πρόκειται για ανώριμα παιδιά, πολλές φορές με σοβαρά προβλήματα που αποδίδονται στα παρακάτω:

Α. Αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παροδικής ταχύπνοιας, ΣΑΔ, και πνευμονικής υπέρτασης. Πρόωρα με ηλικία κύησης 37-38 εβδομάδες έχουν 120 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής απ ό τι ένα τελειόμηνο βρέφος³.

Έχουν επίσης αυξημένη συχνότητα περιοδικής αναπνοής και απνοιών λόγω χαμηλότερης ανταπόκρισης του κέντρου της αναπνοής στην υπερκαπνία και την υποξία και ανωριμότητας διαφόρων νευροδιαβιβαστών πχ σεροτονίνη, GABA, γλουταμικό, ακετυλχολίνη.

Β. Αυξημένη συχνότητα σιτιστικών προβλημάτων και ανάγκης για παρεντερική χορήγηση υγρών - 27% των νεογνών⁴.

Γ. Αυξημένα επίπεδα χολερυθρίνης αίματος και δπλάσια πιθανότητα ανάπτυξης υπερχολερυθριναιμίας -επίπεδα χολερυθρίνης πάνω από 20mg/dl-. Αυξημένος είναι και ο κίνδυνος πυρηνικού ικτέρου λόγω χαμηλών επιπέδων λευκοματίνης, ανώριμων νευρώνων και αστροκυττάρων και μεγαλύτερη τάση για απόπτωση των εγκεφαλικών κυττάρων⁵.

Δ. Μεγαλύτερος κίνδυνος υπογλυκαιμίας λόγω ανικανότητας κινητοποίησης εναλλακτικών πηγών ενέργειας πχ κετονών⁶.

Ε. Μεγαλύτερη συχνότητα αιφνιδίου θανάτου-1, 37% έναντι 0. 69% στο τελειόμηνο-.

Στ. Μεγαλύτερη πιθανότητα βλάβης του εγκεφάλου μετά από ισχαιμικό/υποξικό επεισόδιο-. Το πρόωρο των 34 εβδομάδων κύησης έχει μόλις το 65% της μάζας του τελειόμηνου νεογνού με ατελώς αναπτυγμένους τους αμυντικούς μηχανισμούς του⁷ ΚΝΣ. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι θα πρέπει οι μαιευτήρες να ευαισθητοποιηθούν προκειμένου

να μην αποφασίζουν "ελαφρά τη καρδιά" να επεμβαίνουν πρόωρα και να εκτελούν προγραμματισμένες καισαρικές σε γυναίκες των οποίων το κύημα είναι είναι ακόμα ανώριμο.

Βιβλιογραφία

1. Dudell GG, Jain L. Hypoxic respiratory failure in the late preterm infant. Clin Perinatol 2006;33:803-30
2. Raju TNK. Epidemiology of late preterm(near-term) birth. Clin Perinatol 2006;33:751-63.
3. Darnall RA, Ariagno RL, Kinney HC. The late preterm infant and the control of breathing, sleep and brainstem development. a review. Clin Perinatol 2006;33:883-914.
4. Adamkin DH. Feeding problems in the late preterm infant. Clin Perinatol 2006;33:831-37.
5. Watchko JF. Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant. Clin Perinatol 2006;33:839-852.
6. Garg M, Devaskar SU. Glucose metabolism in the late preterm infant. Clin Perinatol 2006;33:853-870.
7. Billiarth SS, Pierson CR, Haynes RL, Folkerth RD, Kinney CH. Is late preterm infant more vulnerable to gray matter injury the term infant? Clin Perinatol 2006;33:915-933.