

Novità in medicina procreativa: quali conseguenze su chi nasce oggi?

Carlo Valerio Bellieni

UO di Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico "Le Scotte", Siena

Il pediatra, in particolare chi si occupa di neonati negli ultimi anni, ha avuto a che fare con un incremento di nascite gemellari o premature o con vari altri problemi del neonato che lavori recenti mettono in relazione con le nuove pratiche nel campo della procreazione. Nel 2002 vari articoli su riviste pediatriche e non (*Archives of Disease in Childhood, Pediatrics, Lancet, British Medical Journal*) hanno manifestato con articoli ed editoriali preoccupazione riguardo a questo argomento. Quali siano queste novità in campo procreativo lo sappiamo tutti, ma vogliamo vedere i rischi per i bambini, legati a quelle più diffuse?

Negli ultimi anni si sono affermati nuovi stili di vita riguardanti il concepimento e la gravidanza. L'età media della prima gravidanza si è innalzata da 25 anni nel 1989 a 27 anni nel 1999 (31,5 anni in alcuni centri italiani nel 2002); le indagini prenatali si sono in pratica estese a tutta la popolazione; le tecniche di fecondazione assistita sono diventate accessibili a tutti.

A queste nuove tendenze è corrisposto un miglioramento della salute dei bambini?

Vari studi recenti sollevano dei dubbi a proposito: vediamo nel dettaglio.

Età materna

I rischi connessi con l'età materna sono ben noti. Recentemente è stato segnalato che "il recente aumento di nascite di bambini di basso peso (<2500 g) e di parti prematuri è in parte legato al fenomeno del concepimento in età avanzata (>35 anni)" (1); altri riportano come effetti dell'età materna avanzata: natalità, aborto spontaneo, gravidanza ectopica o plurigemellarità, malformazioni congenite. Questi dati contrastano con la tendenza a posporre l'età del

primo concepimento, che si avvale di ricerche che sostengono che i nati da genitori "adulti" avrebbero una performance scolastica migliore di quella dei nati da genitori giovani.

Ecografie e amniocentesi

Per quanto riguarda le ecografie, ricordiamo uno studio dettagliato e ampio che porta risultati interessanti (2): in questo studio 2834 donne vennero suddivise in due gruppi a caso per ricevere 1 sola o 5 sedute di ultrasuoni fetali. La crescita fetale era statisticamente inferiore nel gruppo con 5 amniocentesi. Questi dati sono stati replicati nel 1996, seppur con effetti meno chiari. Ricordiamo un altro studio fatto su un campione di donne che in gravidanza ha fatto solo due ecografie, che dimostra che due ecografie in gravidanza non influiscono sul benessere del neonato.

Greenough e collaboratori hanno dimostrato nel 1997 su *Lancet* che i nati dopo amniocentesi sono a rischio aumentato di ingresso in TIN, spesso per un'associazione tra amniocentesi e problemi respiratori alla nascita; va comunque ricordato che amniocentesi e prelievo di villi coriali (CVS) non sono tecniche scerve da rischi: *Lancet* nel 1998 riporta: "C'è un aumento significativo di piede equino varo nel gruppo dell'amniocentesi precoce in confronto al gruppo di amniocentesi al secondo trimestre (1.3% vs 0.1%) (3). Non bisogna poi dimenticare il rischio di morte fetale in seguito a queste procedure.

Ricerca della perfezione, o paura?

È opportuno inoltre ricordare che l'accanimento diagnostico prenatale può svelare o provocare problemi di ordine psicologico: "Ogni esplorazione fetale, in particolare la realizzazione del cariotipo,

provoca soprattutto nella madre una vera "interruzione" della relazione con il bambino, che riprenderà solo dopo il risultato di normalità. Alla minima anomalia, il sospetto portato sulla qualità del bambino induce nei genitori una reazione di rigetto totalmente sproporzionata alla gravità reale", scrive Mme Vial, direttrice della Puericultura del maggior ospedale di Parigi. Sappiamo che il feto può risentire di questo stato di ansia materna, perché è stato descritto che, in caso di depressione o ansia materna (4), egli modifica i parametri fisiologici (movimenti, frequenza cardiaca). Ansia materna che si manifesta talora in rifiuto, nel caso di esito della diagnosi prenatale non conforme a quanto desiderato: "una proporzione significativa della popolazione nei Paesi sviluppati e in via di sviluppo è in favore di diagnosi prenatale e aborto selettivo in condizioni quali mancanza di due dita, bassa statura, obesità" (5); talvolta il figlio viene rifiutato paradossalmente nel caso si preveda che nascerà indenne da un'anomalia (ad esempio la sordità) presente nei genitori. L'OMS invoca una privacy fetale per non rivelare, durante gli esami prenatali di routine, dati quali il sesso o la statura prevista, che potrebbero portare a interruzioni eugenetiche della gravidanza.

Fecondazione in vitro (FIV)

La fecondazione medico-assistita è già stata oggetto di segnalazioni riguardo alla sua non innocuità (6). Taluni legano questo non solo alla gemellarità spesso prodotta da questa tecnica, ma anche a un'alterazione intrinseca del normale sviluppo dello zigote, che al momento del concepimento non si trova a contatto delle proteine prodotte dalla mucosa tubarica (7), con possibili effetti anche sulle gravidanze singole (8). Healy e

Per corrispondenza:
Carlo Bellieni
e-mail: c.bellieni@tin.it

letture

Abstract

Recent progresses in reproductive medicine have improved the chances for the parents, but did an effective improvement in these babies' health correspond to that? Various studies on amniocentesis and in vitro fertilization raise some doubts.

Carlo Valerio Bellieni. Recent progress in reproductive medicine. Is effective improvement?
Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 13-14

Saunders su *Lancet* del febbraio 2002 scrivono: "Bo Stromberg e collaboratori riportano in questo numero del *Lancet* che i bambini nati in Svezia dopo FIV hanno 3 volte il tasso di paralisi cerebrali confrontato con quello della popolazione generale. Questo rischio maggiore di paralisi cerebrale è stato trovato non solo tra i bambini nati da gravidanze multiple indotte da FIV, ma anche tra le gravidanze singole".

Nel caso della tecnica ICSI sono riportati ulteriori rischi (9). La fecondazione medico-assistita è anche causa di aumento di ingresso dei bambini nelle rianimazioni neonatali: in Francia questo tasso è in ascesa dal 1995 al 2001 del 20% (10).

Come c'entra il pediatra?

Il pediatra si trova allora ad affrontare una situazione paradossale: tutta la scienza d'avanguardia è stata coinvolta nel tentativo di soddisfare un desiderio di genitorialità, ma forse ci troviamo di fronte a qualche eccesso, anche a sentire le recenti dichiarazioni del Ministro della Sanità francese, Jean François Mattei, che parla di accanimento procreativo. Talora infatti si può collegare una patologia alla nascita, che richiede l'intervento pediatrico, con le tecniche sopra riportate. Questo comporta nei genitori una ferita narcisistica e lo scatenarsi di sensi di colpa e di rifiuto. Di fronte alla mancata accettazione dei bambini con patologia, P. Maroteaux, uno dei padri degli studi sul nanismo, annotava nel 1996: "Questo ci porta a parlare dei comportamenti delle nostre società che sono schiave delle norme che si sono forgiate. -Mio figlio misurerà 1,70 m? - mi domanda la madre di un bambino perfettamente normale. Nell'ottica attuale del nostro mondo occidentale, è impossibile riuscire nella vita se certi criteri di statura, peso, non sono raggiunti. Grave è il rifiuto verso coloro che non rispondono a questi criteri". In Francia hanno forgiato il termine di *handiphobie* (fobia dell'handicap) per descrivere questo fenomeno della ricerca accanita della perfezione prima della nascita e del rifiuto del

figlio "non perfetto". Quante volte in sala parto ci capita di sentire un genitore domandare come prima cosa: "È normale?", "Ha tutto?", ma anche: "È perfetto?": segno di una gravidanza vissuta con angoscia. Ora, anche il progresso medico non garantisce la riuscita di questo "prodotto". E nascono drammi. Ormai si parla di "consumismo riproduttivo" (5). I dati riportati mostrano che occorre un'opera di educazione nella popolazione per far sì che certi comportamenti apparentemente innocui, ma che invece comportano rischi per la salute del nascituro, vengano modificati. In particolare è importante che venga fornito sempre alla donna in età feconda, e in particolare alla donna in stato di gravidanza, un quadro delle possibili opzioni riguardo alla gravidanza secondo i dettami del "consenso informato": è fondamentale spiegare i rischi di una gravidanza in età avanzata, la reale importanza e controindicazioni della diagnosi prenatale, i rischi della fecondazione medicalmente assistita. Peraltro è importantissimo il ruolo del pediatra, che spesso è il tramite perché il figlio con patologia che si svela alla nascita venga accettato. Per diventare genitori in condizioni critiche occorre un accompagnamento del processo di accettazione del figlio. L'inizio dell'accettazione passa attraverso lo sguardo che i genitori vedono nel medico: l'ansia di quel momento sa comunque ben distinguere se il bambino viene guardato come un "caso clinico", come un "prodotto", oppure come un bambino e basta, con un nome, con una storia, con un valore che è superiore alla sua patologia. "In ogni nascita c'è uno iato tra il bébé immaginato durante la gravidanza e il bébé reale presente alla nascita. Questo iato si colma nelle prime ore grazie allo sguardo degli altri sul bambino, alle felicitazioni che vengono a colmare il narcisismo dei genitori. Bisogna sottolineare l'effetto di transizionalità delle parole di chi si rivolge al bambino. Questo permetterà ai genitori, quando potranno rivolgersi a lui, di prendere una certa distanza in rapporto all'emozione che

suscita la sua vista, di rivolgersi a lui e considerarlo come una persona" (2). "Le madri descrivono spesso questo momento esatto in cui sono state aiutate a prendere contatto fisicamente col loro bambino come il vero inizio della loro accettazione... Il loro bambino è davvero umano perché loro hanno potuto occuparsene come qualunque altro neonato. Diventano davvero madri, soprattutto quando hanno potuto affrontare lo sguardo del bambino".

C'è un contrasto stridente tra la facilità con cui si ricorre a tecniche che possono avere qualche rischio per la salute del neonato con l'affetto con cui invece molte famiglie si rivolgono al bambino una volta nato anche se con problemi. È il grande passo dell'accettazione...e quanto è importante in questo la figura del pediatra che vive i primi momenti con i genitori!

Bibliografia

- (1) Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW, Svenson LW, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics* 2002;109:399-403
- (2) Newnham JP, Evans SF, Michael CA, Stanley FJ, Landau LI. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993;342(8876):887-91
- (3) The Canadian early and mid-trimester amniocentesis trial (CEMAT) Group. Randomised trial to assess safety and fetal outcome of early and mid trimester amniocentesis. *Lancet* 1998;351:242-7
- (4) Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsal K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Hum Dev* 2002 Apr;67(1-2):87-100
- (5) Henn W. Consumerism in prenatal diagnosis: a challenge for ethical guidelines. *J Med Ethics*. 2000 Dec;26(6):444-6
- (6) Mitchell AA. Infertility treatment: more risks and challenges. *N Engl J Med* 2002;346:769-70
- (7) Relier JP. Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biol Neonate* 2001;79:168-71
- (8) Stromberg B, Dahlquist G, Ericson A, Finnstrom O, Koster M, Stjernqvist K. Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study. *Lancet* 2002;359:4615
- (9) Cox GF, Burger J, Lip V, Mau UA, Sperling K, Wu BL, Horsthemke B. Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *Am J Hum Genet* 2002;71(1):162-4
- (10) Mamelle N. Conclusion du rapport AUDIPOG "Santé périnatale 2001". Paris, 5 août 2002