

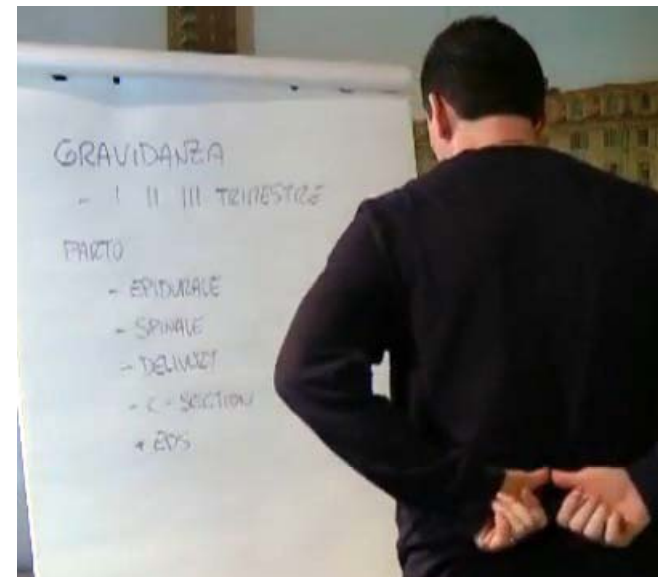
8 - GRAVIDANZA

Ci sono delle considerazioni da fare per la Malformazione di Chiari.

La maggior parte dei soggetti con CM1 sono donne e molte di queste avranno dei bambini.

Non c'è un'unica scuola di pensiero riguardo a questo argomento, per cui quello che vi dirò adesso sono nostre considerazioni.

Guardando le nostri pazienti nel tempo e seguendo le loro gravidanze abbiamo rilevato che esistono fasi differenti nel primo, secondo e terzo trimestre.



PRIMO TRIMESTRE

Nel primo trimestre le pazienti con Chiari tendono ad avere nausea, vomito e, in genere, i normali sintomi di tutte le altre donne. Il vomito può esacerbare le cefalee tipiche del Chiari.

SECONDO TRIMESTRE

Nel secondo trimestre c'è generalmente un miglioramento che non riguarda solo l' assenza della nausea, ma è anche un miglioramento dei sintomi che sono riferibili a CM1.

E' il periodo che le nostre pazienti definiscono come “La vacanza dalla Malformazione di Chiari”; è come se avessero preso una pillola magica e i loro sintomi migliorano. Non abbiamo una spiegazione clinica per queste cose, probabilmente ci sono molti cambiamenti fisiologici dovuti a meccanismi ormonali. Per le pazienti con Chiari il secondo trimestre è nettamente migliore e addirittura migliore di quello che è il loro standard di salute normale, al punto di desiderare di restare sempre in gravidanza.

TERZO TRIMESTRE

Durante il terzo trimestre la situazione si complica perché la pancia aumenta con la crescita del feto e, in parallelo alle vene varicose che si vengono a creare c'è un incremento delle pressioni intra-addominale e intra-toracica (per le condizioni della gravidanza) che hanno una ripercussione sulla pressione del liquor .

La pressione del liquor è influenzata da due fattori:

- dall' incremento delle pressioni intra-addominale e intra-toracica;

- dal fatto che il progesterone che si accumula durante la gravidanza aumenta il volume dei liquidi extracellulari e il liquor è uno di questi. C'è quindi un incremento del volume del liquor e della sua pressione.

Questo è il momento più critico non per la paziente con Malformazione di Chiari alle quali può capitare solo di avere un po' più di mal di testa del solito, ma le pazienti più vulnerabili sono quelle che hanno una cavità siringomielica molto estesa e molto sintomatica.

A questo punto, poichè non ci sono dati attendibili sulla sicurezza della risonanza per il feto, non si possono fare in questo periodo troppe risonanze magnetiche. Per cui, se abbiamo una paziente con cavità siringomielica molto grossa che sta peggiorando e sta sviluppando dei nuovi sintomi, e i sintomi vecchi stanno veramente peggiorando, noi raccomandiamo a questa paziente una risonanza magnetica alla XXV settimana di gravidanza.

La XXV settimana è importante perché, se facendo la risonanza vediamo che, per esempio, la cavità siringomielica è raddoppiata di dimensioni o c'è una propagazione eccentrica (condizioni considerate importanti campanelli di allarme) a questo punto si può ricorrere ad un parto indotto, con delle significative possibilità di sopravvivenza del feto.

Se si verifica questa situazione, non vogliamo che il prolungare la gravidanza fino alla fine crei un rischio per la madre.

Ovviamente, se la siringomielia resta invariata dal punto di vista clinico, non c'è nessuna ragione di creare delle preoccupazioni e si continua il periodo di osservazione clinica senza ulteriori risonanze.

IL PARTO

Il problema del parto è particolarmente importante e delicato perché durante il parto la madre fa esattamente tutte quelle cose che un paziente di Chiari non dovrebbe mai fare, cioè spingere e fare delle grosse manovre di Valsalva.

Immaginate di andare al gabinetto e siete costipati da 30 giorni e spingete come dei dannati, questo è quello che una donna normale fa alla fine del parto, specialmente se è al primo figlio. Quando il primo figlio nasce c'è una forte resistenza all'uscita, ma i parti successivi diventano più facili e veloci, i tessuti sono più elastici, le spinte meno forti.

A questo punto ci sono alcune persone che dicono: “Probabilmente il pericolo non è così grande, puoi fare tutto quello che vuoi”.

Altri, i neurochirurghi, dicono: “Bisogna ricorrere ad un parto cesareo che è assolutamente necessario”.

Il problema del parto cesareo è quello dell'anestesia.

Per cui abbiamo deciso, grazie alla nostra esperienza modificata nel tempo un poco alla volta, di avere un approccio individuale per ogni paziente.

Cosa facciamo come esperti?

Apriamo un dialogo con il ginecologo e con l'anestesista per le gravidanze ad alto rischio per discutere di questi casi.

Anestesia generale

Con l'anestesia generale, ci sono problemi d'interferenza con le attività respiratorie del neonato, non privi di rischi per la madre e per il bambino.

Epidurale.

L'epidurale non è controindicata, se fatta bene.

Specialmente negli ospedali americani, dove ci moltissimi pazienti e pochi medici, la tendenza per le epidurali è la velocità, si buca, si toglie l'ago e si passa al prossimo paziente, come una catena di montaggio.

Il problema dell'epidurale è questo: che l' ago, nel tentativo di fermarsi al di fuori della dura, penetri un paio di millimetri più in profondità e passi quindi attraverso la dura. Se l'anestesista non lo considera un problema, e sa che è in una posizione ideale per passare il catetere per l'epidurale, nei soggetti normali tutto questo non crea problemi, ma se la paziente ha la Malformazione di Chiari questa puntura può creare una perdita liquorale. Questa può essere ridotta, ma se è cospicua può provocare una cefalea posizionale.

Una cefalea posizionale è una cefalea che non si avverte da sdraiati, ma ogniqualvolta ci si siede o ci si mette in posizione eretta diventa insopportabile, costringendo il paziente a sdraiarsi di nuovo per non soffrire.

Nelle persone normali sane il piccolo buco nella dura si richiude in un tempo variabile tra 1 e 15 giorni e non è un grosso problema da un punto di vista medico: il paziente prenderà degli antidolorifici, verrà idratato molto e "madre natura farà il resto".

Nei pazienti con Chiari questo invece, anche se non ci sono litri di liquor che fuoriescono, ma solo pochi millilitri, può creare uno stato di depressione che non necessariamente sposta le tonsille in basso, ma le fa incastrare di più.

Se le tonsille sono un pochino più incastrate ci può essere un effetto addizionale di interferenza con il flusso liquorale con

corrispondente peggioramento del quadro clinico, quindi più sintomi.

Quali sono le conseguenze, e come bisogna agire in questi casi?

Se l'anestesista è al corrente che la madre ha una Malformazione di Chiari deve fare molta attenzione a introdurre l'ago della epidurale, deve agire più lentamente, deve essere più prudente del solito. E se la punta dell'ago è penetrato nella dura e l'anestesista se ne accorge perché c'è del liquor all'interno dell'ago o perché nel giorno successivo si verifica una cefalea posizionale, a questo punto, (fig. 1) è necessario fare immediatamente un blood patch, una "pezza" ematica.

Il blood patch è molto semplice. Vengono prelevati alcuni millilitri di sangue dalle vene della paziente e vengono iniettati (fig.1), nel punto dove era stata fatta l'epidurale.

Se c'è un foro nella dura e si fa un blood patch, il sangue si coagula, crea un tappo, e tampona e la fuoriuscita del fluido.

Per cui l'epidurale non è controindicata, ma deve essere fatta attentamente e avere un basso indice di sospetto di errore, da trattare eventualmente, aggressivamente con il patch ematico.

Spinale

La spinale, nel passato, veniva fatta con dei cateteri che erano troppo grossi per i pazienti con Chiari e, poichè la spinale va all'interno della dura, poteva creava delle fistole liquorali che erano inammissibili.

Recentemente, con l'evoluzione della tecnologia, i cateteri utilizzati sono da 27 gauge e sono enormemente più piccoli degli aghi della spinale epidurale e degli aghi usati per la puntura lombare.

L'anestesia spinale ha quindi, dal punto di vista della sicurezza, minori possibilità di creare dei problemi per i pazienti con Chiari, usando appunto questi cateteri da 27 gauge.

Ovviamente, come nelle epidurali, se nei giorni immediatamente successivi ci fossero dei sospetti clinici di cefalea posizionale bisogna agire subito con un patch ematico e resistere alla tentazione di aspettare 10-15 giorni, per vedere se tutto si risolve da solo.

Dieci, quindici giorni possono fare una grossa differenza per il malato di Chiari trasferendolo dalla categoria di malati con sintomi lievi a quella di malati con sintomi moderati o severi per tutta la vita.

Parto cesareo.

Il parto in se stesso è un problema influenzato da diversi fattori: da come si presenta il bambino al fatto che il bambino sia molto più grosso del canale del parto.

Tutti questi fattori influenzano e possono rendere più difficile, più prolungato, il meccanismo del parto.

Durante il parto la madre deve spingere e questo crea dei problemi per la paziente con Chiari .

Se l'ostetrico prevede che le spinte non dureranno un numero eccessivo di ore, il problema non sussiste per la paziente con Chiari. Nel caso invece di disproporzioni tra il feto e il canale del parto o in presenza di problemi, quando si prevede che il periodo del parto vero e proprio sarà molto prolungato, nell'interesse delle pazienti con Malformazione di Chiari e specialmente delle pazienti con Chiari e cavità siringomieliiche grandi si dovrebbe decidere per un taglio cesareo.

Il cesareo può essere fatto con diversi tipi di anestesia, e questa scelta dipenderà dall'anestesista.

EDS

Una parentesi per le pazienti con la sindrome di disordine del tessuto connettivo (**Sindrome di Ehlers-Danlos o EDS**).

Queste pazienti hanno articolazioni che si dilatano e si muovono in modo eccessivo, e in certe occasioni ciò può essere anche un bene, può essere un aiuto.

Se esiste una sproporzione tra il bambino e il canale del parto, la dilatazione fisiologica della sinfisi pubica (la sinfisi pubica è una piccola articolazione tra le ossa del bacino che si dilata un poco durante il parto per permettere il passaggio della testa del bambino) diventa enorme per i soggetti con sindrome di Ehlers-Danlos, senza contrazioni né spinte.

Lo sforzo necessario per partorire si riduce, a vantaggio della paziente di Chiari.

CONCLUSIONI

Il nostro approccio personale, non si basa su regole rigide. Segnaliamo all'ostetrico e all'anestesista che lavora con l'ostetrico quali sono i nostri problemi, quali sono gli accorgimenti che dovrebbero essere usati e quali reazioni potrebbero aspettarsi.

Sicuramente non diciamo che le pazienti con Chiari non dovrebbero avere l'epidurale o la spinale e che tutte quante dovrebbero avere un parto cesareo.

La cosa principale che vogliamo ottenere è che tutti quanti siano sulla stessa lunghezza d'onda: la paziente, il neurochirurgo o neurologo, l'anestesista e l'ostetrico. Quando esiste questo tipo di comunicazione si otterranno di sicuro dei buoni risultati.

La gravidanza non è certamente la fine del mondo per una paziente con Chiari e di sicuro per la seconda, terza, quarta gravidanza, sarà sempre molto più facile.