

Alcool e gravidanza: revisione della letteratura

B. LA ROSA, S. SANTONOCITO

RIASSUNTO: Alcool e gravidanza: revisione della letteratura.

B. LA ROSA, S. SANTONOCITO

Sebbene l'abuso alcolico in gravidanza sia una condizione pericolosa per la salute del feto, ancora oggi il medico trova difficoltà nel poter formulare una diagnosi, causa l'omissione della donna, per il suo senso di colpa. Non possiamo dire che l'alcolismo abbia una sola causa, ma parliamo di multifattorialità, rilevando l'insieme di cause biologiche, sociali e psicologiche.

L'esposizione prenatale all'alcool può esitare in un quadro clinico noto come Sindrome Alcolica Fetale (FAS - Fetal Alcohol Syndrome) che si esprime con: deficit della crescita pre- e/o post-natale; anomalie cranio-facciali; disfunzioni del sistema nervoso centrale. L'approccio terapeutico nella paziente ostetrica si basa essenzialmente sul supporto psicologico, che costituisce il cardine dello sforzo terapeutico in caso di abuso di alcool in gravidanza, e sulla correzione dello squilibrio metabolico-nutrizionale.

SUMMARY: Alcohol and pregnancy: literature review.

B. LA ROSA, S. SANTONOCITO

Although alcoholic abuse during pregnancy is a dangerous state for the fetus' health, medical doctors nowadays have several problems in making an early diagnosis. This is due, in many cases, to mothers' omission about their situation. As concerns alcoholic abuse, we cannot find just one cause, but we can discuss biological, social and psychological causes.

Prenatal alcohol exposure can determine Fetal Alcoholic Syndrome. The approach to mothers consists of psychological support and correction of the metabolic and nutritional unbalance.

KEY WORDS: Alcool in gravidanza - Fetopatia alcolica.
Alcohol and pregnancy - Fetal alcohol syndrome.

Introduzione

Sebbene l'abuso alcolico in gravidanza sia una condizione pericolosa per la salute del feto, ancora oggi il medico trova difficoltà nel poter formulare una diagnosi, causa l'omissione della donna, per il suo senso di colpa. La maggior parte delle donne gravide che fanno abuso di alcool, quindi, non viene ricoverata in ospedale e questo comporta, oltre il ritardo nella diagnosi, una cattiva gestione del problema. Non possiamo dire che l'alcolismo abbia una sola causa, ma parliamo di multifat-

torialità, rilevando l'insieme di cause *biologiche, psicologiche e sociali*. La natura del danno alcolico sul nascituro dipende da numerosi fattori che, associandosi, agiscono da cofattori, quali:

- Quantità di alcool consumato durante la gravidanza;
- Epoca d'inizio del consumo;
- Tipologia del consumo: cronico, episodico a basse dosi, episodico ad alte dosi (*binge drinking*);
- Uso contemporaneo di droghe, farmaci, fumo;
- Condizioni alimentari, compresa obesità e malnutrizione;
- Condizioni socio-economico-sanitarie.

Epidemiologia

Da numerosi studi effettuati, riusciamo a inquadrare quelle che possono essere le donne più a rischio di svi-

luppate una patologia da abuso di alcool, donne che richiedono un intervento precoce da parte del medico. Gli studi scientifici hanno come denominatore comune il metodo AUDIT, che consiste nel sottoporre donne gravide a questionari validi e anonimi, al fine di accertare la frequenza del consumo di alcool nella popolazione in esame. Tra questi ricordiamo:

- *Studio Italia, 1994*: il consumo alcolico è nettamente maggiore al Nord rispetto che al Sud, e in particolar modo mentre nel Nord-Italia la maggior frequenza è legata alle basse condizioni socio-economiche, al Sud abbiamo un trend opposto, dove è il ceto più alto ad abusarne di più.
- *Studio UK, 1995*: il 10% delle donne consuma fino a un bicchiere al dì e l'1% anche di più.
- *Studio svedese, 2003*: il 15% ammette un consumo elevato di alcool prima della gravidanza, il 60% smette di bere in gravidanza.
- *Studio Università di Berna, 2004*: il 7.4 % su 450 donne analizzate presentava un consumo di alcool ad alto rischio di fetopatia

Patogenesi

La patogenesi della fetopatia alcolica coinvolge vari meccanismi d'azione, tra cui:

- Alterazioni della sintesi proteica;
- Tossicità dell'acetaldeide;
- Rilascio di L-glutammato, con formazione di radicali liberi.

Clinica

È ormai noto che l'esposizione prenatale all'alcool può esitare in un quadro clinico noto come *Sindrome Alcolica Fetale (FAS – Fetal Alcohol Syndrome)*.

La diagnosi di FAS può essere formulata quando sono presenti disordini in ciascuna delle seguenti categorie:

1. **Deficit della crescita pre- e/o postnatale:**
 - peso corporeo, lunghezza e circonferenza cranica inferiori al 10° centile corretto per età;
2. **Caratteristiche anomalie cranio-facciali** (almeno due caratteristiche su tre):
 - microcefalia; - microftalmia e/o rima palpebrale breve;
 - scarso sviluppo del filtro, labbro superiore sottile, appiattimento dell'area mascellare;
3. **Disfunzioni del sistema nervoso centrale:**
 - anomalie neurologiche (irritabilità nell'infanzia, iperattività nell'adolescenza);

- ritardo dello sviluppo neurologico (ipotonia);
- alterazioni intellettive (ritardo mentale da lieve a moderato).

Abbiamo già accennato che le alterazioni del neonato dipendono dalla dose e dalla tipologia del consumo, e quindi che il tipo di fetopatia si associa a diversi tipi di abuso. Ad esempio, per quanto riguarda *l'aborto spontaneo*, questo è più frequente nelle consumatrici di alte dosi di alcool, mentre non lo è per le consumatrici moderate; mentre la *morte intrauterina tardiva* è presente anche nelle consumatrici moderate. Riguardo allo IUGR, il periodo più sensibile è quello del terzo trimestre e ciò è confermato dal fatto che le donne consumatrici, che durante l'evoluzione della gravidanza riducevano le dosi, partorivano bambini con peso alla nascita maggiore delle atese.

Identificazione dell'abuso e approccio

Sebbene durante l'anamnesi sia d'obbligo assicurarsi dell'assenza di alcuni fattori di rischio come l'alcool, è bene ricordare che la sua assunzione può essere sottaciata per vergogna e senso di colpa. L'obiettività clinica non sempre porta a una diagnosi certa e gli esami ematochimici possono essere scarsamente d'aiuto. Ma nel sospetto occorre sempre assumere un atteggiamento rassicurante e non colpevolizzante, in modo che attraverso il *counselling* la figura del medico possa diventare un aiuto nella gestione del problema. L'approccio terapeutico nella paziente ostetrica si basa essenzialmente sul supporto psicologico, che costituisce il cardine dello sforzo terapeutico in caso di abuso di alcool in gravidanza, e sulla correzione dello squilibrio metabolico-nutrizionale.

Conclusioni

Il primo approccio con cui poter combattere la patologia d'abuso d'alcool rimane quindi la *prevenzione* che, attraverso l'informazione, deve guidare ad una corretta eliminazione di ogni forma di alcool durante la gravidanza, o almeno ad una sua rilevante riduzione.

Bisogna comprendere che:

- *il consumo di alcool durante la gravidanza può mettere in pericolo la salute del nascituro.*
- *le donne incinte non devono essere considerate le uniche responsabili: i loro partner e le persone che le stanno accanto possono aiutarle a non bere o a consumare alcool in quantità ridotta.*

Bibliografia

1. MAINA A. *Labuso alcolico cronico. Ruolo del laboratorio nella prospettiva clinica e giuridica*. Pandora 2007.
2. CAVALLO F, MOIRAGHI RUGGENINI A, ZOTTI C, et al. *Does moderate alcohol consumption reduce fetal growth?* *Alcologia* 1992;4 (2): 113-124.
3. POSSATI G. *Chronic alcohol intake and fertility*. *Alcologia* 1992; 4 (1): 11-12.
4. IDANPAAN-HEIKKILA J, JOUPPIA P, AKERBLORN HK, et al. *Elimination and metabolic effects of ethanol in mother, fetus, and newborn infant*. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112: 387-393.
5. CLARREN SK, SMITH DW. *The fetal alcohol syndrome*. *N Engl J Med* 1978; 298: 1063-1067.
6. STREISSGUTH AP, BARR HM, MARTIN DC, et al. *Effects of maternal alcohol, nicotine, and caffeine use during pregnancy on infant mental and motor development at eight months*. *Alcoholism (NY)* 1980; 4: 152-164.
7. REYNOLD JD, BRIEN M. *Ethanol neurobehavioural teratogenesis and the role of L-glutamate in the fetal hippocampus*. *Can J Physiol Pharmacol* 1995; 73: 1209-1223.
8. *Physiol Pharmacol* 1 Lemoine P, Harrousseau H, Borteyru JP. *Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees a propos de 127 cas*. *Ouest Med* 1968;21:476-82.
9. JONES KL, SMITH DW, ULLELLAND CN, STREISSGUTH P. *Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers*. *Lancet* 1973;1:1267-71.
10. JONES KL, SMITH DW. *Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy*. *Lancet* 1973;2:999-1001.
11. STRATTON K, HOWE C, BATTAGLIA F (Eds). *Fetal Alcohol Syndrome*. Washington (DC): National Academy Press; 1996.
12. AASE JM. *Clinical recognition of FAS: difficulties of detection and diagnosis*. *Alcohol Health Res World* 1994;18(1):5-9.
13. JANZAEN LA, NANSON JL, BLOCK GW. *Neuropsychological evaluation of preschoolers with fetal alcohol syndrome*. *Neurotoxicol Teratology* 1995;17(3):273-9,995; 73: 1209-1223.
14. MATTSON SN, RILEY EP, DELIS DC, STERN C AND JONES KL. *Verbal learning and memory in children with fetal alcohol syndrome*. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(5):810-6.
15. OLSON HC, FELDMAN JJ, STREISSGUTH AP, SAMPSON PD, BOOKSTEIN FL. *Neuropsychological deficits in children with fetal alcohol syndrome: clinical findings*. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(9):1998-2012.
16. KODITUWAKKU PW, HANDMAKER NS, CUTLER SK, WEATHERSBY EK, HANDMAKER SD. *Specific impairments in self-regulation in children exposed to alcohol prenatally*. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(6):1558-64.
17. MICHAELIS EK, MICHAELIS ML. *Cellular and molecular bases of alcohol's teratogenic effects*. *Alcohol Health Res World* 1994; 18(1):17-21.
18. CARTWRIGHT MM, SMITH SM. *Increased cell death and reduced neural crest cell numbers in ethanol-exposed embryos: Partial basis for the fetal alcohol syndrome*. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(2):378-86.
19. CHEN S, SULIK KK. *Free radicals and ethanol induced cytotoxicity in neural crest cells*. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(6):1071-6.